

*Quando damos uma tarefa por terminada,
O mais certo, é ela nem sequer ter começado...*

Aaron Sorkin

AGRADECIMENTOS

Seria necessário um espaço inesgotável para conseguir registar toda a gratidão pelo apoio que recebi ao longo desta caminhada. Sem ele não teria conseguido.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à minha coorientadora, a professora Deolinda Bernardo por ter estado sempre presente durante este percurso. Obrigado pela compreensão e orientação.

À professora Lourdes Varandas um muito obrigado pela sapiência, a visão, o estímulo e a orientação que me possibilitou repensar, reformular e chegar mais longe.

À Laura, minha orientadora no local de estágio, pelo bom senso, disponibilidade e paixão pela saúde comunitária.

À enfermeira Isabel Santo o apoio e incentivo nesta minha caminhada.

Às minhas colegas, Paula, Cátia, Susana, Clarisse e Célia por me acompanharem em mais uma loucura. Um muito obrigado pelo apoio, incentivo e ânimo constante.

A todos os profissionais que contribuíram para que este projeto se concretizasse.

Aos Familiares cuidadores por tornarem este projeto possível.

Aos meus colegas de curso, em especial a Ana, a Dulce, a Mercia, a Paula e a Margarida. Chegámos ao fim raparigas... Força!

À minha prima Paula Oliveira pelas palavras sábias, experiência e paciência na correção deste trabalho.

Aos meus irmãos pelo apoio prestado.

Aos meus pais, nunca poderei agradecer tudo o que fazem por mim ... sem eles nada disto teria sido possível. Muito obrigado pelo incentivo, força e fé em mim.

Aos meus filhos, a Marta, a Maria e o Miguel, pelo tempo que não lhes dispensei. Prometo que vos vou recompensar de tudo. Obrigado por perceberem... Adoro-vos....

Por último, ao meu companheiro de todas as caminhadas, o meu marido. Meu rochedo, e maior admirador. Um obrigado muito especial por me teres acompanhado nas horas de maior desânimo e incentivado, fazendo-me acreditar que isto era possível.

LISTA DE ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CLDS – Contrato Local de desenvolvimento social
- CRIVA – Centro de reformados e idosos do Vale da Amoreira
- DGS – Direção Geral de Saúde
- FC – Familiar Cuidador
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- Km - quilómetros
- LFD – Linha Flexível de Defesa
- LND – Linha Normal de Defesa
- LR – Linha Resistência
- NIC - Nursing Interventions Classification
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- UMCCI - Unidade Missão para os cuidados continuados integrados
- SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- VD – Visita Domiciliária

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, resultante do aumento da longevidade, à qual se associam frequentemente índices de dependência, representando um acréscimo de encargos, para a família e para o sistema de saúde. A responsabilidade de cuidar geralmente recai sobre uma pessoa, o FC, que conceitualizamos como o elemento da família que cuida e presta assistência ao idoso em situação de dependência, sem remuneração (Marques, 2007). A evidência científica considera os FC como um grupo vulnerável da comunidade, na medida em que os *stressores* decorrentes das exigências do seu papel, podem implicar um acréscimo de morbilidade e mortalidade. A deficiente articulação da rede de apoio também pode ser um potente *stressor*. A enfermagem comunitária, focada na comunidade, encontra-se especialmente habilitada para os capacitar, através da promoção da saúde e prevenção da doença.

O Projeto de intervenção decorreu na UCSP Alhos Vedros, sendo a amostra constituída por 32 FC de idosos dependentes no domicílio e teve como objetivos, identificar os principais *stressores* decorrentes da função de cuidar e otimizar a rede de apoio dos FC.

Utilizámos como Metodologia o Processo de Planeamento em Saúde e o Modelo dos Sistemas de Neuman, como referencial teórico. Para o diagnóstico de situação, recorremos a um questionário constituído por perguntas abertas e fechadas (Louro, 2009), e ao Índice de Barthel. A análise e tratamento dos dados foram efetuados através da análise de conteúdo e do Programa Microsoft Office Excel 2010.

Os principais *stressores* identificados estão relacionados com o défice de informação dos recursos existentes na comunidade e dos cuidados diretos ao idoso. Como estratégias de intervenção desenvolvemos sessões educativas no domicílio e um guia de apoio ao FC para colmatar as necessidades identificadas. O estabelecimento de parcerias na comunidade permitiram otimizar a rede de apoio e promover a restauração do bem-estar do FC.

Palavras-chave: Familiar cuidador, *Stressores*, idosos, enfermagem comunitária, rede de apoio.

ABSTRACT

Population aging is a universal phenomenon, resulting from increased longevity, which commonly associates addiction rates, an increase in charges to the family and the healthcare system. The responsibility of caring for a person usually falls on the FC, which we define as the family member who cares and provides assistance to the elderly in situations of dependency, without pay (Marques, 2007). Scientific evidence considers the FC as a vulnerable group of the community, to the extent that stressors arising from the demands of their role may require an increase in morbidity and mortality. The poor articulation of the support network can also be a potent stressor. The community nursing, community-oriented, is especially qualified to empower through health promotion and disease prevention.

The intervention project was held in UCSP Alhos Vedros, and the sample consisted of 32 elderly dependent FC at home and aimed to identify the main stressors arising from the duty to care and optimize the network of support from FC.

We used as the Planning Process Methodology in Health and Neuman Systems Model as the theoretical framework. For the diagnosis of situation, resorted to a questionnaire consisting of open and closed questions (Louro, 2009), and the Barthel Index. The analysis and processing of data was performed by analysis of content and the program Microsoft Office Excel 2010.

The main stressors identified are related to the lack of information of existing resources in the community and direct care to the elderly. How intervention strategies developed educational sessions at home and a guide to support the FC to meet the needs identified. The establishment of partnerships in the community allowed optimizes network support and promotes the restoration of the welfare of the FC.

Keywords: Family caregiver stressors, elderly, community nursing, support network.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1 – FOCO DE INTERVENÇÃO	16
1.1 - Pertinência da problemática	17
1.2 - Familiares cuidadores	19
1.3 - Redes de suporte social do familiar cuidador	20
2 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL	22
2.1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman	22
3 – METODOLOGIA	26
3.1 – Contextualização do local de intervenção	26
3.2 – Diagnóstico da situação	27
3.2.1 – Caracterização da população-alvo	28
3.2.2. Instrumentos de colheita de dados	29
3.2.3 –Análise e discussão dos resultados obtidos	31
3.2.4 – Identificação e priorização de problemas	39
3.3 - Fixação de objetivos	41
3.4 - Seleção de estratégias	43
3.5 - Preparação operacional/execução	45
3.6 – Avaliação	51
4 – CONCLUSÃO	54
4.1– Limitações e Implicações/Recomendações do Projeto	54
4.2 -Reflexão sobre competências desenvolvidas na área de especialização Enfermagem comunitária	56
4.3 – Considerações finais	57

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

ANEXOS 64

Anexo I – Diagramas do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Anexo II – Mapa da Freguesia de Alhos Vedros

Anexo III – Instrumento de Colheita de Dados

Anexo IV – Índice de Barthel

Anexo V – Determinação de Prioridades segundo o Método de Hanlon

Anexo VI – Logotipo do Projeto Cuidar ⁺

APÊNDICES 84

Apêndice I – Pirâmide etária da população inscrita na UCSP de Alhos Vedros

Apêndice II – Pedidos autorização à autora do questionário e ao Diretor do ACES

Apêndice III – Consentimento livre e esclarecido

Apêndice IV – Caracterização do idoso dependente

Apêndice V – Procedimentos relativos à análise de conteúdo

Apêndice VI - Relação estabelecida entre os *stressores* identificados, os objetivos/metast operacionais estabelecidos e as atividades planeadas

Apêndice VII – Planos operacionais das sessões realizadas

Apêndice VIII – Plano de formação, diapositivos e questionário de avaliação da sessão informativa dos Profissionais de Saúde

Apêndice IX – Guia Orientador do FC na Comunidade

Apêndice X – Questionário de avaliação das sessões do FC e Grelha de observação

Apêndice XI – Comprovativo do contacto efetuado com a Rede social da Moita

Apêndice XII – Comprovativo do contacto efetuado com o Centro Hospitalar Barreiro/Montijo

Apêndice XIII – Dossier dos contactos dos Parceiros

Apêndice XIV – Cartaz informativo da Linha telefónica e Cartão do FC

Apêndice XV – Modelo de registo de contactos telefónicos

Apêndice XVI – Questionário de avaliação formativa e certificado de presença da Sessão
“Equipamento de alívio de pressão e ajudas técnicas”

Apêndice XVII – Cronograma de atividades

Apêndice XVIII - Frases valorativas do FC

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Utentes excluídos segundo os critérios definidos	28
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos FC	32
Tabela 3. Caracterização dos FC de acordo com o parentesco, tempo de cuidador, experiência anterior e coabitação com o idoso dependente	33
Tabela 4. Caracterização do FC segundo o apoio recebido	35
Tabela 5. Articulação entre os níveis de cuidados	36
Tabela 6. Distribuição das respostas dos FC por tipo de dificuldades apontadas na prestação de cuidados	37

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1. Categorização da análise das perguntas abertas	38
Quadro 2 - <i>Stressores</i> identificados de acordo com a sua natureza	39
Quadro 3. Objetivos específicos de acordo com a área de atuação dos <i>stressores</i>	42
Quadro 4. Objetivos operacionais ou metas de acordo com a área de atuação dos <i>stressores</i>	43
Quadro 5. Evolução do grupo de FC e motivos de exclusão	45

INTRODUÇÃO

As políticas da saúde para o séc. XXI, tendem a valorizar cada vez mais o desenvolvimento dos cuidados na comunidade como um meio para o progresso das populações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem desenvolver intervenções centradas na pessoa, família e respetiva comunidade de modo a alcançar um potencial de saúde para todos. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) corrobora esta premissa ao afirmar que estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação, a prestação de cuidados aos indivíduos doentes, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos vulneráveis.

Estas intervenções adquirem particular importância numa sociedade que se encontra cada vez mais envelhecida, onde se denota um aumento das necessidades de apoio às pessoas idosas dependentes. Este problema emerge como prioritário nas políticas da saúde, que privilegiam o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados, fazendo com que a família tenha de se reorganizar para assumir esta nova realidade. Apesar das alterações estruturais e funcionais que a família tem sofrido nos últimos tempos, continua a verificar-se que são, na maioria dos casos os familiares diretos, do sexo feminino, que continuam a apoiar os idosos, assumindo desta forma o papel de familiares cuidadores (FC) (Imaginário, 2004; Lage, 2007).

A assunção deste papel, segundo Figueiredo (2007), pode ser extremamente desgastante a nível físico, emocional e social. Numerosos estudos têm documentado a grande vulnerabilidade deste grupo e a precariedade do seu estado de saúde (Ducharme & Trudeau, 2002; Lage, 2007; Petronilho, 2008). No entanto, constatamos também, pela evidência produzida, a existência de resultados positivos provenientes do cuidar, geralmente associados ao sentimento de bem-estar e satisfação por cuidar do familiar (Sequeira, 2010).

Verificamos que a responsabilidade de cuidar exerce assim diferentes impactos sobre os FC, podendo o bem-estar de uns ser desfavoravelmente afetado, enquanto outros, conseguem minimizar ou evitar qualquer dano (Paúl & Fonseca, 2005; Sequeira, 2010).

O bem-estar dos FC e a sua promoção, assim como a prevenção de situações problemáticas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os idosos de que cuidam e a sua permanência na comunidade.

De acordo com Sequeira (2010), é crucial uma consciencialização da necessidade de criação de uma rede de apoio ao FC, capaz de o apoiar na realização das atividades de vida diária (AVD), de lhe proporcionar informação sobre os recursos disponíveis e formação, de modo a preservar a sua saúde física e mental.

A sensibilidade sobre a temática e a experiência promovida pela realidade da nossa prática diária na visita domiciliária, permitiu-nos verificar que ser FC de idosos dependentes é uma experiência muito complexa, que implica uma constante adaptação dos recursos disponíveis, exigindo disponibilidade física, psicológica, económica e resiliência. Para além desta realidade vivida, verifica-se a existência de lacunas nas redes de apoio formal, sendo exemplo disso, as altas hospitalares precoces e a falta de articulação entre os vários níveis de cuidados, sendo estas situações geradoras de *stress* para o idoso e para o FC.

Neste sentido, o foco de intervenção deste projeto recai nos FC de idosos dependentes e nos tipos de suporte social. Face a estas considerações, foi propósito deste estudo identificar os principais *stressores* decorrentes da função de cuidar e otimizar a rede de apoio dos FC. Procuramos também conhecer o número de famílias inscritas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alhos Vedros com pessoas dependentes no domicílio, os tipos de apoio (formal e informal) do FC e identificar a articulação existente entre os CSP e os Diferenciados.

Este projeto foi desenvolvido para dar resposta ao preconizado pela Unidade Curricular Estágio com Relatório, cuja principal finalidade é a capacitação do estudante para intervir na comunidade, através da aquisição e desenvolvimento de competências para intervir junto de famílias, grupos e comunidades, como preconizado pela OE no seu colégio da especialidade e pelo 2º Ciclo de Bolonha. Foi operacionalizado no período compreendido entre 2 de Outubro de 2012 e 14 de Fevereiro de 2013 na UCSP Alhos Vedros.

O presente relatório é constituído por quatro capítulos, onde se descreve todo o percurso realizado. No primeiro fazemos a contextualização da problemática em estudo, com a justificação do foco de intervenção e revisão bibliográfica dos principais conceitos. No

segundo, abordamos o enquadramento concetual, com uma breve descrição da Teoria dos sistemas de Betty Neuman. O terceiro capítulo consiste na descrição das opções metodológicas realizadas com base no Processo de Planeamento em saúde e por último são apresentadas as conclusões, que incluem as limitações, implicações e uma reflexão sobre as competências adquiridas. A norma bibliográfica adotada foi a da APA.

1 – FOCO DE INTERVENÇÃO

O envelhecimento da população é uma manifestação universal, um processo complexo que podemos definir como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, agindo no sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente (Direção Geral de Saúde (DGS), 2004). Sendo este um conceito dinâmico, torna-se difícil delimitar a partir de quando se considera uma pessoa idosa, no entanto, o conceito que adotámos neste estudo reporta-se ao conjunto de indivíduos com 65 e mais anos de idade, estando em consonância com a definição utilizada pelo Conselho da Europa e pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2008).

A nível mundial prevê-se que em 2050 o número de idosos seja de 2 milhões, sabendo que em 2000, uma em cada catorze pessoas tinha mais de 65 anos, estimando-se que em 2050 esse número seja de um em cada seis (United Nations, 2002). Também na Europa estas estimativas se confirmam. Numa projeção realizada para o ano 2060, podemos constatar que para cada duas pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos) existirá uma com 65 ou mais anos, denotando-se um aumento do atual ratio que é de 4:1 (Eurostat, 2012).

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos dados mais marcantes da sociedade portuguesa atual, sendo praticamente comum à generalidade do território nacional, deixando de ser um fenómeno dos municípios do interior (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012; Paul & Fonseca, 2005). Segundo uma projeção realizada pelas Nações Unidas (2002), em 2050 prevê-se que 35,72% da população portuguesa tenha 65 anos ou mais e apenas 14,4% sejam crianças e jovens.

A população Portuguesa tem vindo a apresentar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade, facto que podemos constatar pelo estreitamento da base da pirâmide etária.

Os últimos indicadores demográficos, refletem uma redução dos efetivos populacionais jovens (15%), como resultado da baixa de natalidade, e um acréscimo das pessoas idosas (19%) traduzindo o aumento da esperança média de vida (INE, 2012).

Ser velho não é sinónimo de ser dependente (Lage, 2007) contudo o aumento da longevidade aparece associado ao aumento de doenças crónicas e incapacitantes o que contribui para elevar a taxa de idosos dependentes de outrem e consequentemente para o aumento das necessidades de apoio, de cuidados pessoais e de saúde (Paul & Fonseca, 2005; Sequeira, 2010). O tipo de apoio fornecido pelos familiares vai depender do grau de dependência apresentado pelo idoso. De acordo com Figueiredo (2007), os idosos com dependência moderada a grave são os que necessitam não só de vigilância mas também de apoio para realizarem as AVD.

Neste projeto concetualizamos dependência como a situação em que se encontra a pessoa que,

(...) por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 2011, p.139)

As situações de dependência não são exclusivas da velhice, existindo pessoas dependentes de todas as idades, contudo a maior prevalência observa-se na população idosa (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2009). Estas alterações colocam aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2004).

1.1 - Pertinência da problemática

Considerando o foco de intervenção, constata-se que o número de FC tendo vindo a aumentar (Access Economics, 2010; Schultz & Martire, 2004; Schumacher, Beck, & Marren, 2006) assumindo-se como um grupo vulnerável, quer pela necessidade de promoção de saúde, acentuada pelos riscos de morbilidade e mortalidade intrínsecos ao seu papel, quer pela necessidade de preparação e capacitação para a prestação de cuidados (DGS, 2012).

De acordo com o enunciado nos Padrões de Qualidade do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

(...) o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas (...) (OE, 2011, p.3).

Os CSP são o primeiro nível de contacto para os indivíduos, famílias e comunidades, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível, para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (International Council of Nurses, 2008). A sua missão de acordo com a OE (2010) é o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa, família ou comunidades, como a promoção da saúde, a prevenção da doença e a implementação de medidas de proteção a grupos vulneráveis.

Os resultados do Censos 2011 reforçam a importância da capacitação dos FC, na medida em que refletem um agravamento do Índice de envelhecimento, que em 2001 era de 102 idosos para cada 100 jovens, passando para 128 em 2011. Podemos também verificar um decréscimo dos municípios com Índice de envelhecimento inferior ou igual a 100, de 85 em 2001 para apenas 45 em 2011 (INE, 2012). O Índice de dependência de idosos aumentou de 24,3 em 2001 para 29,2 em 2011. Cerca de 50% da população com 65 anos ou mais, declarou que não conseguia realizar pelo menos uma AVD, sendo a locomoção a mais referenciada (25%) (INE, 2012).

É consensual, a importância que o FC assume no contexto da continuidade dos cuidados e na permanência do idoso dependente no domicílio, sendo referido também como uma mais-valia económica, sob o ponto de vista de gastos para sistema de saúde e segurança social (UMCCI, 2010). O mesmo autor refere ainda que este contribui para o bem-estar físico, psicológico e emocional do doente, por isso, “é necessário protegê-lo do maior risco de doença física e mental, do que a restante população, assim como fazer face às necessidades identificadas...” (2010, p.30).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 no seu eixo estratégico de equidade e acesso aos cuidados de saúde refere que os profissionais devem “estimular ativamente a educação para a saúde, o autocuidado e a figura do cuidador informal”, preconizando a intervenção do

enfermeiro ao nível dos contextos promotores de saúde, atuando nos microssistemas com as famílias e nos cuidadores informais numa relação de proximidade (DGS, 2012, p. 16).

Também Lage (2007) refere a importância de reconhecer a sobrecarga do FC como uma área emergente de intervenção para os enfermeiros, no sentido de intervirem precocemente, evitando situações de risco, reconhecendo que as famílias necessitam “mais do que nunca de suporte e informação, pois quanto mais insuficientes e inadequados são os recursos, mais intensos são os cuidados a longo prazo prestados em casa (...)” (Lage, 2007, p 416).

Torna-se por isso pertinente, que o cuidador seja considerado alvo prioritário de intervenção por parte dos profissionais de saúde, para que se avaliem as capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades relacionadas com o contexto, as estratégias a utilizar para facilitar a ação de cuidar, a informação de que dispõe e a capacidade de receber e interpretar essa informação (Sequeira, 2010).

1.2 - Familiares cuidadores

A função de cuidar tem estado desde sempre, intimamente vinculada à família. Ela é, na nossa sociedade, responsável pelo apoio físico e emocional dos seus membros. Promove a saúde, protege das agressões e cuida dos seus elementos, em caso de doença (Stanhope & Lancaster, 2011). É no contexto familiar que normalmente a função de cuidador é assimilada, cabendo essa responsabilidade a uma pessoa familiar ou amiga, geralmente do sexo feminino (Imagínario, 2004; Lage, 2007; Sequeira 2010).

O FC neste estudo é concetualizado como o elemento da família que cuida e presta assistência à pessoa/familiar em situação de dependência, sem remuneração (Marques, 2007). Em Portugal desconhece-se a percentagem de FC, mas sabe-se que é um dos países da Europa em que as famílias mais cuidam dos seus dependentes, estimando-se que o seu número ultrapasse os 600 mil, embora não existam dados oficiais sobre esta realidade (European Commission, 2009).

Os cuidadores podem desempenhar papéis primários ou secundários. O cuidador primário assume a responsabilidade pelo cuidado da pessoa dependente, prestando a maior parte dos cuidados diretos; os cuidadores secundários dedicam-se a cuidados indiretos, assumindo e colaborando, pontualmente, na prestação de cuidados (Paul & Fonseca, 2005).

Nos últimos estudos realizados sobre FC, têm sido abordadas as necessidades e dificuldades associadas ao papel, que Sequeira (2010) agrupou em seis dimensões: restrições sociais, reações ao cuidar, problemas relacionais, exigências do cuidar, apoio de profissionais e apoio de familiares.

Como tal, os cuidados que são prestados pelos FC dependem também da qualidade do apoio que lhes é assegurado pelos profissionais, isto porque a família/cuidador antes de ser prestador(a) será recetor(a). Salienta-se ainda que o suporte só será benéfico se forem identificadas as necessidades do FC na sua perspetiva, pois familiares e profissionais de saúde tendem a ter perspetivas diferentes (Imaginário, 2004; Lage, 2007; Neuman, 2011).

1.3 - Redes de suporte social do familiar cuidador

Os recursos, quando devidamente organizados e acessíveis, são vitais para garantir uma reorganização das famílias com idosos dependentes no domicílio. Existem dois tipos de suporte: o informal e o formal. O primeiro inclui os sujeitos (família, amigos, vizinhos) e os grupos sociais (associações, igrejas) capazes de fornecer apoios a vários níveis, como na satisfação das AVD. O suporte formal abarca as organizações sociais formais (Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Hospitais) e os seus profissionais (médicos, enfermeiros) tendo como finalidade a prestação de ajuda ou assistência em caso de necessidade (Paúl & Fonseca, 2005).

A transição do cliente do meio hospitalar para o domicílio é um processo complexo, que envolve muitos fatores que poderão influenciar de forma positiva ou negativa este processo, estando descrita na literatura como fonte geradora de *stress* para o cliente e FC (Petronilho, 2008).

Neste sentido, e embora se tenham verificado alterações importantes nos últimos anos, em particular através da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), deparamo-nos em Portugal, com uma estrutura de prestação de cuidados de saúde assente em duas redes, cuidados de saúde primários e hospitalares, que se pretendem complementares mas que ainda são essencialmente paralelas. É por isso importante investir na coexistência e otimizar a correta articulação entre os CSP e o Hospital, de forma a possibilitar a satisfação dos utentes e cuidadores, a identificação de lacunas que afetam a população

atingida, a obtenção de informação para promover os serviços de suporte e a garantia da continuidade dos cuidados (UMCCI, 2011).

Para que esta realidade se verifique, é indispensável que os profissionais de saúde demonstrem disponibilidade para transmitir a informação entre os diferentes níveis de cuidados, planeando as altas de acordo com as dificuldades e necessidades efetivas das famílias (défice informação para cuidar, tipos de apoios que vai necessitar), não se focando apenas na continuidade dos cuidados técnicos, como os cateterismos vesicais ou a realização de tratamentos (Sapeta, 1997).

2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A responsabilidade de cuidar de um familiar idoso dependente pode, segundo Skalski, Digerolamo e Gigliotti (2006) revelar-se como um potente *stressor*, cujos efeitos são determinados pela forma como este encara e reage ao seu papel. Por isso, importa conhecer os *stressores* que ameaçam o bem-estar do FC, de forma a prevenir ou restaurar os eventuais prejuízos na sua saúde (Vieira, Alvarez & Girondi, 2011).

Segundo Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990) podemos classificar estes *stressores* em primários e secundários. Os primeiros estão diretamente relacionados com as funções do cuidar, como o apoio às AVD e a resolução de problemas comportamentais e emocionais. Os secundários são referentes às consequências que advêm do cuidar e podem corresponder a conflitos entre o FC com as obrigações familiares e profissionais, às dificuldades económicas e à alteração da vida social (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003).

No sentido de evoluirmos na nossa prática de cuidados, como futuros enfermeiros especialistas, torna-se pertinente relacionar, de uma forma mais estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, fundamentando e assentando as práticas em modelos de intervenção (OE, 2011). Estes são utilizados para “fornecer conhecimentos de forma a melhorar a prática, orientar a investigação (...) e identificar os objetivos da prática de enfermagem” (Tomey & Allgood, 2004, p.31). Assim, tendo em conta o foco de intervenção e a influência dos *stressores* na alteração do seu bem-estar, selecionámos o **Modelo de Sistemas de Neuman**, por ser o que melhor elucida a interação entre o cliente e os *stressores*.

2.1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Neuman (ANEXO I) foi originalmente concetualizado com suporte em três grandes teorias, a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria de Caplan e a Teoria de Stress de Selye (Neuman, 2011). É um modelo baseado no holismo, incluindo uma orientação de bem-estar e uma perspetiva dinâmica de sistemas de energia em constante interação com o ambiente.

O ambiente, considerado como um dos fenómenos chave deste modelo, consiste nas forças internas e externas que rodeiam o cliente, influenciando e sendo influenciadas por este, em qualquer ponto do ciclo, como um sistema aberto (Neuman, 2011). A autora identifica três tipos de ambiente: O *ambiente interno* que se prende com o cliente enquanto sistema (intra-sistema), o *ambiente externo* que corresponde a tudo o que é exterior ao cliente (inter e extra-sistema), e o *ambiente criado*, de natureza dinâmica que funciona como um mecanismo de segurança da manutenção da estabilidade do sistema. Este é desenvolvido inconscientemente e faz a ligação da energia do sistema com o ambiente interno e externo.

A relação recíproca estabelecida entre ambiente e o cliente conduz-nos a outro conceito chave deste modelo, o conceito de pessoa, que nos é apresentado enquanto cliente/sistema que pode ser uma pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social (Neuman, 2011). O sistema cliente é definido como um sistema, dinâmico, composto por variáveis interativas de natureza fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e espiritual.

Neuman (2011) apresenta-nos uma visão do cliente como um sistema aberto, rodeado por vários círculos concêntricos denominados de Linha Flexível de Defesa (LFD), Linha Normal de Defesa (LND) e Linhas de Resistência (LR), que protegem a estrutura básica do cliente ou CORE, dos *stressores* ambientais (Gigliotti & Manister, 2012). Cada um destes círculos é composto pelas cinco variáveis interativas, já referidas anteriormente.

O círculo central é denominado por Estrutura Básica ou CORE, que consiste nos fatores comuns a todas as pessoas, como as forças e as fraquezas do sistema. Apresenta-se rodeado pelas LR, cuja principal finalidade é a proteção do sistema contra os *stressores*, contribuindo para a reconstituição do fluxo de energia e para a restauração do bem-estar, evitando assim uma resposta do CORE (Gigliotti, 2012). Podem ser exemplos das LR o suporte social e o psicológico (Nwagbo, Dewan & Lowry, 2006).

A proteger as LR encontram-se mais dois círculos: o externo, a LFD e o interno a LND. Neuman (2011) descreve a primeira como dinâmica, interativa e expansível, podendo ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. É definida como um “tampão”, prevenindo ou impedindo a invasão do sistema pelos *stressores*. A sua força é determinada pela interação das suas variáveis. A LND representa o estado de estabilidade habitual do sistema, funcionando como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Esta

desenvolve-se ao longo do tempo e é influenciada por variáveis do sistema como, mecanismos de *coping*, estilos de vida e influências culturais (NEUMAN, 2011).

Os *stressores* são parte integrante deste modelo, sendo definidos como estímulos neutros de natureza intra, inter e extra-pessoais, produtores de tensão com o potencial de causar instabilidade no sistema. O seu efeito depende da percepção e reação do cliente, e os seus resultados (*outcomes*) podem ser negativos (*Stress*) ou positivos (*Eustress*). (Neuman, 2011).

O Modelo dos Sistemas de Neuman (2011), concetualiza o bem-estar/saúde como um *continuum* em que a saúde e a doença se encontram em polos opostos. A saúde é considerada como uma manifestação da energia disponível para preservar e manter a estabilidade do sistema, o que implica um fluxo contínuo de energia entre o cliente e o ambiente, assim, quando é gerada mais energia do que a necessária o sistema move-se no sentido do bem-estar (Negentropia), quando o inverso ocorre o movimento é realizado no sentido da doença e possível morte (Entropia).

A Enfermagem é definida pela autora (Neuman, 2011) como uma profissão única na medida em que se relaciona com todas as variáveis que afetam as respostas dos sistemas aos fatores de *stress*, tendo como principal finalidade assistir o cliente a mover-se para um estado ótimo de bem-estar, sabendo que cada individuo tem um possível estado de saúde e bem-estar, num ponto específico do tempo.

Esta assistência pode ocorrer a nível primário, quando o enfermeiro colabora com o cliente no fortalecimento da LFD, prevenindo e reduzindo os fatores de risco. O suporte também pode ser a nível secundário, onde a intervenção ocorre após o aparecimento de sintomas, tendo como principal finalidade a estabilização do sistema através da utilização dos recursos internos e externos do cliente, no sentido de fortalecer as LR, reduzindo a reação aos *stressores* e aumentando os fatores de resistência. As intervenções terciárias são utilizadas para suporte e educação do sistema cliente para que este se possa readaptar e restaurar o seu bem-estar (Gigliotti, 2012; Neuman, 2011).

A flexibilidade deste modelo conceptual permite-nos ampliar a prestação de cuidados às necessidades de uma comunidade, sendo a intervenção orientada, para a capacitação das populações para lidar com fontes de *stress*, de maneira a que possam alcançar o seu equilíbrio,

com o mínimo de prejuízos no seu bem-estar. Esta intervenção, segundo Neuman (2011) pode ser realizada recorrendo a pequenos grupos ou a populações agregadas. Assim, com base nesta premissa, considerámos os FC como um sistema agregado, pois são grupos de indivíduos associados com características semelhantes ou experiências comuns (Neuman, 2011).

O Sistema agregado articula-se com oito subsistemas (ANEXO I) que compõem o seu inter-sistema, são eles: sistema de saúde e segurança, o sociocultural, a educação, comunicação e transportes, economia, sistema político jurídico e a religião.

Para melhor contextualizarmos este sistema cliente, definimos como intra-sistema as características demográficas, e a saúde emocional e física dos FC, como inter-sistema o sistema de apoio formal e informal e como extra-sistema, as questões relacionadas com os recursos económicos e políticas da saúde.

Neuman (2011) propõe-nos a utilização do processo para identificar *stressores* no contexto do sistema cliente e estabelecer metas e resultados de enfermagem a serem alcançados, fornecendo-nos um fio condutor, à semelhança do Processo de Planeamento em Saúde, que nos permite estruturar as nossas intervenções de maneira a manter, atingir e restaurar a estabilidade do sistema cliente.

Este Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária foi sustentado na metodologia do processo Planeamento em Saúde, recorrendo-se a alguns autores de referência, como Imperatori e Giraldes (1986), Durán (1989) e Tavares (1990).

3 – METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde identifica-se por intervenções comunitárias estruturadas, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos. Envolve um projeto, entendido como proposta com a finalidade de produzir “bens ou serviços, na perspetiva de obter um determinado resultado, melhorando a capacidade operativa do sistema e contribuindo, desse modo, para atingir os objetivos de saúde do plano” (Durán, 1989, p. 107) conduzindo desta forma, a uma transformação da realidade. É composto por seis etapas dinâmicas, encadeadas de forma lógica: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades; a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a programação da intervenção e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 – Contextualização do local de intervenção

O projeto de intervenção comunitária realizou-se na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alhos Vedros, que integra o ACES Arco Ribeirinho. Este é constituído por 244 150 utentes (Diário da Republica, 1ª serie nº 231 de 29 Novembro, 2012) encontrando-se inserido na Nomenclatura de Unidade Territorial (NUT) II da Região de Lisboa. Pertence ao Distrito de Setúbal fazendo parte da área Metropolitana de Lisboa, situando-se a Sul do Rio Tejo.

É constituído por 6 Unidades de Saúde Familiares (Afonsoeiro, Eça, Lavradio, Querer Mais, Ribeirinha e Quinta da Lomba), 8 UCSP (Alcochete, Alhos Vedros, Avenida do Bocage, Baixa da Banheira, Moita, Montijo, Montijo Periferia e Quinta da Lomba), 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Alcochete/Montijo, Barreiro, Saúde na Rua e Saúde à Beira Tejo) 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Na UCSP Alhos Vedros encontram-se inscritos 13640 utentes, estando 4214 a aguardar médico de família, dos quais 48,4% representam o sexo masculino e 51,6 % o sexo feminino (Registo Nacional de Utes, 2/3/2013), encontrando-se distribuídos por género e faixa etária de acordo com o gráfico em Anexo (APÊNDICE I).

Alhos Vedros é uma vila com uma área de 16, 56 KM² integrada no Concelho da Moita, sendo constituída por 15050 habitantes com uma predominância do género feminino e com maior expressão na faixa etária dos 65 anos ou mais. O grupo mais representativo é o das idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos de idade. (INE, 2011).

A freguesia tem uma grande dispersão da população, distribuindo-se por uma zona rural extensa, com zonas de difícil acesso. A rede de transportes públicos é insuficiente e em alguns bairros inexistente. Existe um bom parque escolar com escolas revitalizadas. (ANEXO II)

Não se conseguiu apurar o número de imigrantes residentes na freguesia, no entanto podemos afirmar que o seu número tem vindo a aumentar, podendo comprovar estes factos pelo aumento da densidade populacional verificado, sendo atualmente de 908/km (INE, 2011).

A família tipo nesta freguesia é composta em média por três indivíduos. Em relação aos aspetos socioculturais esta constitui-se de indivíduos multiculturais, sendo as etnias ciganas, negra e de leste as que apresentam maior representatividade. Ao nível da espiritualidade a religião católica e a evangélica são as mais predominantes.

Os Cuidados de saúde diferenciados da população são assegurados pelo Centro Hospitalar Barreiro/Montijo.

3.2 – Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação constituiu o primeiro passo no processo de Planeamento em Saúde estando intimamente relacionado com a escolha de prioridades e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa concebe a identificação dos problemas e necessidades de saúde de uma população, exprimindo a diferença entre o estado atual e o que se pretende alcançar (Tavares, 1990). O diagnóstico deverá estar em concordância com as necessidades de saúde percecionadas pela população, de modo a determinar a pertinência e adequação do projeto.

A qualidade do diagnóstico está diretamente relacionada com a quantidade e atributos da informação recolhida. A definição do sujeito ou população deve ser a primeira tarefa a realizar (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.2.1 – Caraterização da população-alvo

Os membros de uma comunidade que possa ser definida geograficamente ou em termos de um interesse especial, podem ser encarados como uma população (Stanhope & Williams, 2011).

Definimos como população inicial os FC de pessoas idosas, dependentes, com grau de dependência moderada a total, de acordo com o Índice de Barthel, assistidos no domicílio e inscritas na UCSP Alhos Vedros no período compreendido entre 20 de Março e 9 de Julho de 2012. Concetualizamos domicílio como a residência oficial do utente de modo permanente ou temporária (UMCCI, 2011).

Para a identificação da população recorreremos à pesquisa manual nos processos dos utentes sem médico, ao conhecimento da equipa multidisciplinar de situações já sinalizadas, ao contacto com as associações paroquiais da zona que prestam apoio domiciliário e à assistente social da Santa Casa da Misericórdia.

Obtivemos assim, um total de 50 cuidadores. Os critérios de exclusão definidos encontram-se no quadro seguinte:

Tabela 1. Utentes excluídos segundo os critérios definidos

Utentes excluídos	Nº
Integrados RNCCI	4
Cuidador principal remunerado	5
Óbitos durante a colheita de dados	4
Não pertencem área abrangência UCSP	3
Recusou participar	2
Total	18

Face a esta situação, a amostra foi constituída por 32 FC responsáveis pela prestação de cuidados a idosos dependentes no domicílio.

De forma a respeitar os procedimentos éticos subjacentes a qualquer projeto de intervenção, baseámo-nos naquilo que Fortin (2009) refere como necessidades éticas na recolha e tratamento de dados, ou seja: o direito à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo. Assim, fornecemos a todos os FC a informação essencial do estudo, a sua finalidade e objetivos. Foram também elucidados que poderiam recusar participar ou desistir em qualquer momento, sem que daí reverta qualquer pena ou prejuízo. Houve dois familiares que não quiseram participar, pelo que preterimos o interesse pelo benefício ao respeito pela sua autonomia.

3.2.2. Instrumentos de colheita de dados

O Modelo de Neuman (2011) fornece-nos um guia orientador que permite a obtenção de uma vasta base de dados a partir da qual se podem determinar variações de bem-estar do sistema cliente, mas não apresenta nenhum instrumento de colheita de dados específico, assim, realizámos uma pesquisa bibliográfica ocasional, em fontes primárias e secundárias no sentido de identificar instrumentos de colheita de dados que permitissem efetuar a recolha das informações pretendidas para este estudo, dando resposta aos objetivos inicialmente descritos.

Neste sentido, tentámos selecionar um instrumento que permitisse estruturar esta avaliação de acordo com a natureza dos *stressores* identificados encontrados na literatura científica (Skalski, Digerolamo & Gigliotti, 2006; Sequeira, 2010). O instrumento utilizado para a colheita de dados ao FC é de autoria de Louro (2009) tendo sido aplicado inicialmente numa população com características análogas.

Com a autorização da autora foram realizadas alterações ao formulário do cuidador, excluindo-se o Grupo III porque não se enquadrava com os objetivos definidos para este estudo. O questionário encontra-se dividido em 4 grupos, correspondendo o primeiro à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (CORE): o segundo permite identificar os *stressores* de natureza intra e extra-pessoal como as necessidades/dificuldades do FC; o terceiro e quarto grupo contemplam os *stressores* inter-pessoais, como os tipos de apoio formal e informal do FC, o envolvimento e tempo despendido nos cuidados e a articulação informativa entre níveis de cuidado. Este questionário é composto por perguntas

abertas (de resposta breve e outras mais complexas) e fechadas de escolha múltipla. (ANEXO III)

Após a seleção do instrumento de colheita de dados solicitámos à autora permissão para a sua aplicação. Os instrumentos utilizados neste projeto foram também sujeitos a apreciação e aprovação pelo conselho executivo do ACES. (APÊNDICE II)

Relativamente ao familiar dependente decidimos realizar apenas a caracterização do sexo, idade, patologia e nível de dependência em relação às AVD.

Para se efetuar esta avaliação recorreremos ao Índice de Barthel, pois segundo a literatura existente, este é um dos mais utilizados quer em contexto hospitalar quer em contexto domiciliário (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Este permite a validação do nível de independência da pessoa na realização de dez atividades de vida diária: banho, higiene pessoal, vestir e despir, alimentação, intestinos, bexiga, uso da sanita, transferências (cama/cadeira), mobilização, subir/descer escadas. As atividades são pontuadas de 0, 5, 10, e 15. O total pode variar entre 0 pontos (totalmente dependente) e 100 pontos (completamente independente). Os valores atribuídos dependem do tempo gasto na sua realização e na necessidade de ajuda para o executar (ANEXO IV).

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões, assim como a verificação de algumas dificuldades na aplicação do questionário, realizámos um pré-teste a 3 cuidadores com características similares às da amostra. Como se constatou dificuldades no autopreenchimento, utilizámos a técnica da entrevista para a recolha de dados.

A aplicação dos questionários decorreu no contexto domiciliário dos familiares, no período compreendido entre 1 de Junho e 2 de Julho de 2012. Os FC foram informados previamente, pessoalmente ou por contacto telefónico, da finalidade da intervenção. No caso de aceitação foi agendada uma visita domiciliária para aplicação dos instrumentos. Os documentos comprovativos da salvaguarda do princípio do consentimento livre e esclarecido encontram-se em Anexo (APÊNDICE III).

3.2.3 – Análise e discussão dos resultados obtidos

Recorrendo ao Programa informático Microsoft Office Excel 2010, procedeu-se ao tratamento e análise dos resultados obtidos, garantindo o direito ao anonimato e à confidencialidade, através da codificação dos questionários, sendo atribuído a cada um, uma letra e um número, correspondente à sua ordem de preenchimento.

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (máximo, mínimo, desvio padrão).

Apresentam-se e analisam-se de seguida os resultados obtidos da aplicação do questionário à população alvo identificada e que constituem o nosso universo de respostas. Os resultados foram agrupados em 3 grupos: o intra-sistema onde será realizada a caracterização sociodemográfica e profissional do sistema cliente, as experiências anteriores na prestação de cuidados a familiares dependentes e uma caracterização sumária do idoso dependente: o inter-sistema que abrange os resultados referentes ao tempo despendido a tratar do familiar, ao apoio formal e informal, assim como a articulação entre os níveis de cuidados. Por último no extra-sistema serão expostas as dificuldades identificadas.

Relativamente à caraterização sociodemográfica e profissional dos FC podemos constatar que dos 32 inquiridos, 22 são do sexo feminino (68,75%) e 10 do sexo masculino (31,25%). A idade do FC variou entre os 36 e os 87 anos de idade, com uma média de 59,75 anos e desvio padrão de 13,56.

Para o estudo desta variável optámos por dividir a amostra em 3 grupos de acordo com os critérios adotados por Brito (2002), em que o primeiro grupo corresponde aos FC de ascendentes (pais, sogros) que ainda se encontram em idade ativa do ponto de vista profissional e com filhos em idade escolar; o segundo inclui os FC a ascendentes ou cônjuges, encontrando-se em fase de pré-reforma profissional e com filhos já adultos e o terceiro engloba os FC a prestarem cuidados a cônjuges, como podemos constatar no quadro seguinte.

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica dos FC

Familiares cuidadores N = 32	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
IDADE		
32-49	5	15,6
50-64	16	50
>= 65	11	34,3
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casado	28	87,5
União de facto	0	0
Divorciado	2	6,25
Separado	0	0
Viúvo	1	3,125
Solteiro	1	3,125
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	2	6,25
1º Ciclo	20	62,5
2º Ciclo	3	9,37
3ª Ciclo	4	12,5
Outros	3	9,37
SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO		
Empregado	6	18,75
Desempregado	5	15,6
Reformado	17	53,12
Doméstico	4	12,5
Estudante	0	0
Temporariamente ausente	0	0
Atestado/baixa	0	0

Assim, observamos que 50% dos cuidadores tem idades compreendidas entre os 50 e 64 anos e 34,4% tem idade igual ou superior a 65 anos. De acordo com Ducharme e Trudeau (2002) e White et al (2007) os FC com idades avançadas ou muito próximas do familiar dependente, estão sujeitos não só aos *stressores* relacionados com a responsabilidade do cuidar, mas também com os do seu próprio envelhecimento.

Em relação à situação conjugal a categoria que apresentou maior representatividade foi «casado» com 28 (87,5%) dos inquiridos. Cerca de metade da população do estudo 20 (62,5%) tem apenas o 1ºciclo e encontra-se reformada 17 (53,12%).

INTRA-SISTEMA

Os filhos e os cônjuges são os principais cuidadores (16 (50%) e 13 (40,6%)), estando estes resultados em consonância com alguns estudos realizados a nível nacional e internacional (Imaginário, 2004; Lage, 2007; Louro, 2009; Sequeira, 2010; Shumacher, Beck & Marren, 2006; Skalski, Digerolamo & Gigliotti, 2006).

No quadro seguinte podemos constatar que a categoria genro/nora apresenta uma percentagem substancialmente menor com 9,3% e que não foram referidos outros graus de parentesco, como irmãos, netos, primos ou outros.

Tabela 3. Caraterização dos FC de acordo com o parentesco, tempo de cuidador, experiência anterior e coabitação com o idoso dependente

Familiars cuidadores N = 32	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
GRAU DE PARENTESCO		
Conjuge	13	40,6
Filho/filha	16	50
Genro/nora	3	9,37
Outros	0	0
TEMPO DE CUIDADOR		
<1 ano	5	15,6
1 a 3 anos	13	40,6
3 a 5 anos	10	31,25
> 5 anos	4	12,5
EXPERIÊNCIA ANTERIOR		
Sim, mesma doença	1	3,125
Sim, outra doença	2	6,25
Não	29	90,63
COABITAÇÃO		
Mesma habitação	22	68,75
Muito próxima	6	18,75
Não muito próxima	4	12,5

Relativamente ao tempo de duração da prestação de cuidados verifica-se que 43,75% asseguram os cuidados há mais de 3 anos, sendo a média de 2,9 anos. O valor máximo referido foi de 8 anos e o mínimo de 6 meses. Pode-se ainda salientar que 40,6% presta cuidados de 1 a 3 anos. De acordo com alguns estudos realizados, prestar cuidados durante

longos períodos de tempo, envolve grande dispêndio de tempo, energia e dinheiro, podendo ser desgastante a nível físico, emocional e social, potenciando situações geradoras de *stress* (Figueiredo, 2007; Schultz & Martire, 2004).

Importa referir que segundo Lage (2007) uma situação pode ser considerada como stressante para um familiar e não o ser para outro em circunstâncias idênticas, diferindo a forma como estas a percebem. De acordo com o estudo realizado por Alves, Mourão, Galvão, Fernandes & Caetano (2010) é essencial identificar experiências anteriores e a maneira como as vivenciaram, pois se a experiência anterior for positiva, poderá ser um contributo importante para conseguir lidar com a situação presente. Da nossa amostra apenas 3 (9,37) FC apresentavam experiência prévia no cuidar de familiares dependentes, os restantes não possuíam qualquer experiência. Também pudemos constatar que os FC com experiências anteriores não mencionaram dificuldades relacionadas com a responsabilidade do cuidar, reportando apenas obstáculos na deslocação ou transporte dos idosos, como será apresentado mais adiante.

Relativamente à coabitação cerca 22 (68,75%) mantêm uma relação de proximidade geográfica vivendo sob o mesmo teto.

Em relação aos familiares dependentes podemos constatar que 18 (56,25) são do sexo feminino e 14 (43,75%) do sexo masculino. A idade varia entre os 65 e os 96 anos de idade, com uma média de 78,4 anos e desvio padrão de 8,34. Na situação clínica prevalecem as doenças cerebrovasculares, (46,87%), seguidas das demências (18,75%) e das amputações (15,6%). Verifica-se também que 46,87 % dos idosos apresentam um grau de dependência total e 34,3 % severa, o que demonstra um elevado grau de dependência na maioria da amostra (APÊNDICE IV).

INTER-SISTEMA

Os cuidadores despendem em média 58,2 horas por semana a cuidar do seu familiar com desvio padrão de 27,8, apresentando uma variação entre um mínimo de 20 horas a um máximo de 100 horas. Mackenzie et al (2007) apresentam-nos resultados similares, ao referirem que em Inglaterra e no País de Gales são despendidas mais de 50 horas por semana na prestação de cuidados a familiares dependentes.

Cerca de metade da amostra (66%) refere que tem ajuda regular na prestação de cuidados, sendo essa ajuda prestada maioritariamente por familiares (22), apoio domiciliário (16), bombeiros (6), enfermeiro (4) e por amigos e vizinhos (4). Em relação ao tipo de apoio recebido, podemos constatar pelos resultados apresentados no quadro 4 que mais de metade da amostra 23 (71,9 %) aufere de auxílio na realização da higiene e 14 (43,75 %) nos serviços domésticos, sendo os tratamentos referidos apenas por 4 (12,5 %) FC.

Tabela 4. Caraterização do FC segundo o apoio recebido

Familiares cuidadores N = 32	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
TIPO DE APOIO RECEBIDO		
Compras/farmácia	6	18,75
Tratamentos	4	12,5
Alimentação	11	34,3
Transporte	12	37,5
Serviços domésticos	14	43,75
Higiene	23	71,9
SUBSTITUIÇÃO AUSENCIA TEMPORÁRIA		
Sim	24	75
Não	7	21,87
QUEM O SUBSTITUI		
Conjuge	10	31,25
Filha/filho	11	34,4
Outros familiares	7	21,87
Outros	0	0
Ninguém	7	21,87
SUBSTITUIÇÃO AUSENCIA PROLONGADA		
Sim	8	25
Não	25	78,1

Cerca de 24 (75%) refere ter substituição em caso de ausência temporária do domicílio, sendo esta assegurada na maioria das vezes pelos filhos ou conjugues (11, 10). Se for no caso de ausência prolongada do domicílio, como as férias, a situação inverte-se, havendo cerca de 25 (78%) da amostra sem possibilidade de substituição. Apesar desta realidade, quando questionados sobre a disponibilidade de continuar a cuidar do seu familiar a quase totalidade dos participantes responderam afirmativamente 31 (96,8%). Vários estudos atestam a fragilidade do suporte fornecido aos FC, evidenciando-se um apoio insuficiente por parte da rede formal. Petronilho (2008) refere ainda que este suporte na maioria das vezes é fornecido

pela rede informal, e que em muitas situações, o suporte dos familiares com quem coabitam “constituem o seu único recurso (...)” (p. 183).

Podemos constatar estes factos nos resultados apresentados neste projeto, em que 19 (40,6 %) dos inquiridos referiu ter recebido a visita do enfermeiro, sendo na sua grande maioria para realização de tratamentos, variando desde 5 vezes por semana até uma vez por mês. Por outro lado, 26 (81,2%) não receberam a visita do médico de família e a quase totalidade da amostra 31 (96,8%) refere nunca ter auferido da visita de outros técnicos de saúde. A evidência científica disponível apresenta resultados coincidentes com esta realidade, referindo que as VD de enfermagem são quase sempre de cariz curativo (Imaginário, 2004; Lage, 2007).

Em relação à articulação entre os níveis de cuidados, podemos constatar pelos resultados apresentados que cerca de 16 (50%) FC receberam uma carta de alta para entregar no centro de saúde (CS), verificando-se que 63,5% se dirigia em exclusivo ao médico de família e apenas 18,7% se destinavam ao enfermeiro.

Tabela 5. Articulação entre os níveis de cuidados

Articulação dos cuidados	N = 32	N	%
Quando saiu do hospital recebeu uma carta para entregar no CS?			
Sim	16	50	
Não	15	46,8	
Não sei	1	3,125	
Destinatário da carta			
Enfermeiro	3	18,7	
Médico	10	63,5	
Ambos	3	18,7	
O Médico de Família foi informado das condições de alta do doente?			
Sim	25	78,1	
Não	5	15,6	
Não sei	2	6,25	
Por quem foi informado o Médico de Família?			
Por si	14	43,7	
Outro	2	6,25	
O Enfermeiro de Família foi informado das condições de alta do doente?			
Sim	7	21,9	
Não	19	59,3	
Não sei	6	18,8	
Por quem foi informado o Enfermeiro de Família?			
Por si	7	21,8	
Outro	0	0	

A maioria dos FC 25 (78%) refere que o médico de família teve conhecimento das condições da alta do seu familiar, tendo sido informado pelo próprio (43,7%). Quanto ao enfermeiro este refere que não foi informado da alta do cliente (59,3%) ou que desconhece se obteve ou não essa informação (18,8).

EXTRA-SISTEMA

A maioria dos cuidadores 28 (87 %) refere ter dificuldades na prestação de cuidados. As dificuldades identificadas neste domínio prendem-se essencialmente com a falta de informação (68,8%), com os cuidados diretos ao idoso (62,5%) e com a deslocação aos serviços de saúde (50%), como podemos constatar pelo quadro seguinte:

Tabela 6. Distribuição das respostas dos FC por tipo de dificuldades apontadas na prestação de cuidados

N=32		
Dificuldades do FC	Frequências absolutas	Frequências relativas
Serviço doméstico	11	34,3%
Deslocação serviços de apoio	16	50%
Espaço físico pouco adequado	7	21,8
Falta de ajudas técnicas	12	37,5%
Cuidados diretos ao utente	20	62,5%
Condições económicas	14	43,7%
Falta de informação	22	68,8
Outros	2	2,25

Análise qualitativa

Relativamente às questões abertas recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, o que segundo Bardin (2009, p.44) consiste num

(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esta análise permitiu identificar alguns dos *stressores* a que estes familiares estão sujeitos.

Assim, em primeiro lugar procedemos à seleção das unidades de análise, que de acordo com Vala (2001) podemos dividir em unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração. Podemos definir unidade de registo como “o segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (Bardin, 2009, p. 130), inserida na unidade de contexto, um segmento maior de mensagem, que possibilita a compreensão e categorização da mesma. A unidade de enumeração consiste na frequência com que cada unidade de registo ocorre ao longo da análise, sendo que todas as unidades têm o mesmo valor. Assim, pressupomos que a importância de uma unidade aumenta com a frequência da sua ocorrência. Por fim, analisámos e agrupámos por comportamentos ou atitudes similares as dificuldades identificadas pelos FC, resultando em categorias e subcategorias e unidades de quantificação, que traduzem o número de ocorrências para cada categoria, como podemos visualizar no quadro seguinte. Os procedimentos descritos encontram-se em Anexo (APÊNDICE V).

Quadro 1. Categorização da análise das perguntas abertas

Rótulos da linha	Categorias	Unidades de quantificação
A	Dificuldades	37
B	Suporte da equipa de saúde	20
C	Competências do enfermeiro	26
D	Recursos económicos	11
E	Envolvimento no cuidar	20
F	Redes de apoio	15
G	Preocupações	6
H	Condições habitacionais	12
I	Expectativas futuras	8
J	Défice de conhecimentos	19
K	Vida social e profissional	11
L	Sobrecarga Psicológica	3

Podemos constatar pela observação dos resultados que a categoria Dificuldades é a mais referida, sobretudo no respeitante à sobrecarga física, como o esforço para cuidar (21) e os cuidados diretos ao familiar (7). No Envolvimento no cuidar destacam-se os deveres matrimoniais (6), a “obrigação moral” (5) e o parentesco (5). O Déficit de conhecimentos

incide maioritariamente no desconhecimento dos recursos comunitários e financeiros (10, 3) e dos cuidados a ter com o familiar (3).

Tendo em conta estes resultados, as categorias traduzem vários *stressores* nestes cuidadores. Uma vez que o Suporte da Equipa de enfermagem e o Envolvimento nos cuidados foi sempre mencionado como existente e de forma positiva, optou-se por considerar essa categoria como *stressor* positivo e os restantes como *stressores* negativos.

3.2.4 – Identificação e priorização de problemas

O diagnóstico da situação, deve finalizar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai recair a escolha dos que se pretendem solucionar ou minimizar (Tavares, 1990). Pelos resultados obtidos através dos questionários aplicados, identificámos vários *stressores* que foram agrupados de acordo com a sua natureza:

Quadro 2 - *Stressores* identificados de acordo com a sua natureza

<i>Stressores</i> intra-sistemicos	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga papel cuidador • Alteração da vida social e profissional
<i>Stressores</i> inter-sistemicos	<ul style="list-style-type: none"> • Défice informação recursos da comunidade • Défice conhecimentos sobre cuidar pessoas dependentes • Articulação deficiente recursos existentes na comunidade • Falta de ajudas técnicas • Falta apoio formal • Falta apoio informal
<i>Stressores</i> extra-sistémicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades monetárias relacionadas com o cuidar • Espaço físico pouco adequado • Dificuldades serviços de deslocação e transporte

Podemos constatar que os *stressores* mais identificados são de natureza inter-sistémica, e que a falta de informação por parte dos profissionais de saúde se torna visível, em pelo menos dois domínios (dos recursos da comunidade e cuidados gerais ao idoso dependente). Estes resultados encontram-se em consonância com os descritos no estudo de Skalski, Digerolamo e Gigliotti (2006).

De acordo com Neuman (2011), após a identificação e classificação dos *stressores*, o enfermeiro deve em conjunto com o sistema cliente proceder à sua priorização, para planejar a sua intervenção.

A determinação de prioridades é descrita por Tavares (1990) como um processo de tomada de decisões, pois a implementação de um projeto depende da sua pertinência, da utilização eficiente dos recursos e da otimização dos resultados. Para conseguirmos operacionalizar eficazmente este processo, torna-se imperativo a seleção de prioridades, para que segundo o mesmo autor (1990), procurarmos saber que problema(s) devemos tentar solucionar em primeiro lugar. Para fazer esta seleção recorremos ao Método de Hanlon que assenta em quatro critérios: amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (G), eficácia da solução (E), e a exequibilidade da intervenção (F), que se relacionam através da fórmula $(A + G) E \times F$. Para estabelecermos a amplitude recorremos aos dados obtidos nos questionários, determinando o número de pessoas afetadas por cada *stressor*, expresso nos pesos.

Na gravidade do problema, ponderámos o potencial de perturbação do nível de estabilidade da LND, baseando-nos em alguns estudos realizados anteriormente (Skalski, Digerolamo & Gigliotti, 2006). A gravidade de cada problema é avaliada numa escala de 0 a 10.

A eficácia da solução pode variar numa ordem crescente de 0,5 a 1,5 e a exequibilidade é calculada através de cinco critérios: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade, classificados com “sim” ou “não”, com valores respetivos de 1 ou 0 (o “não” corresponde à eliminação do problema). Nestes dois critérios ponderámos em primeiro lugar o tempo disponível de intervenção, os recursos humanos e materiais disponíveis, e a experiência da mestrandia face às intervenções possíveis para cada problema. A determinação das prioridades realizada pela equipa multidisciplinar da UCSP encontra-se representada no quadro que se encontra em Anexo (ANEXO V).

De acordo com Neuman (2011), após a identificação e priorização dos *stressores*, devemos proceder à elaboração dos diagnósticos de enfermagem a partir dos *stressores* potenciais ou reais identificados como ameaças à estabilidade do sistema.

Podemos constatar que os *stressores* selecionados como prioritários para intervenção são de natureza inter-pessoal, estando integrados na variável sociocultural de resistência (Neuman, 2011; Skalski, Digerolamo & Gigliotti, 2006). Ainda segundo os mesmos autores (2006, 2011) a identificação de conflitos, de fadiga (relacionada com a responsabilidade de cuidar) ou *stress* do papel de cuidador comprova a invasão da LND, podendo a sobrecarga física, o défice de informação (recursos existentes e dos cuidados gerais ao idoso dependente) ou a alteração da vida social (manifestada pelos FC por solidão ou isolamento) ser interpretados como uma manifestação da resposta da estrutura básica.

Para definição dos diagnósticos de enfermagem utilizámos a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Assim, tendo em conta estes pressupostos, foram elaborados os seguintes diagnósticos:

- ✓ Rutura da LND de 65% dos FC de pessoa idosa dependente no domicílio, na variável sociocultural relacionada com défice de informação dos profissionais de saúde, manifestada por falta de conhecimentos dos recursos existentes na comunidade e dos cuidados gerais ao idoso dependente
- ✓ Rutura da LND de 50 % dos FC de pessoa idosa dependente no domicílio, na variável sociocultural relacionada com falta de apoio formal e informal, manifestada por fadiga do papel de cuidador e alteração da vida social

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem definidos e de acordo com a metodologia adotada, devemos fixar objetivos, estabelecer metas e definir os resultados a alcançar, de forma a dar continuidade ao projeto (Neuman, 2011; Tavares, 1990).

3.3 - Fixação de objetivos

Considerado um dos passos decisivos do Processo do Planeamento em Saúde, esta etapa exige a elaboração de objetivos, que podemos definir como enunciados precisos daquilo que pretendemos atingir numa determinada população, num período de tempo exequível (Tavares, 1990). De acordo com o mesmo autor (1990) existem quatro fases que devemos ter em consideração para consecução desta etapa: a seleção dos indicadores, a determinação de tendências, a fixação dos objetivos e a sua tradução em metas ou objetivos operacionais.

Nesta metodologia, interessam-nos particularmente os indicadores de processo ou atividade, que nos permitem quantificar as atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, que traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (OE, 2007; Tavares, 1990). A determinação de tendências não foi realizada por inexistência de dados relativos a esta temática na comunidade abrangida neste projeto. Tendo em consideração a identificação dos problemas prioritários da amostra, definimos como objetivo:

- ✓ Fortalecer as LR dos FC de pessoa idosa dependente no domicílio, inscritos na UCSP Alhos Vedros, através da aquisição de conhecimentos sobre cuidados diretos ao idoso, recursos existentes e à otimização da sua rede de apoio, no período compreendido entre 2 de Outubro e 14 de Fevereiro de 2013

No sentido de determinar a orientação da intervenção e a sua avaliação, fragmentámos este objetivo em vários específicos, que foram agrupados de acordo com a sua área de atuação no sistema cliente:

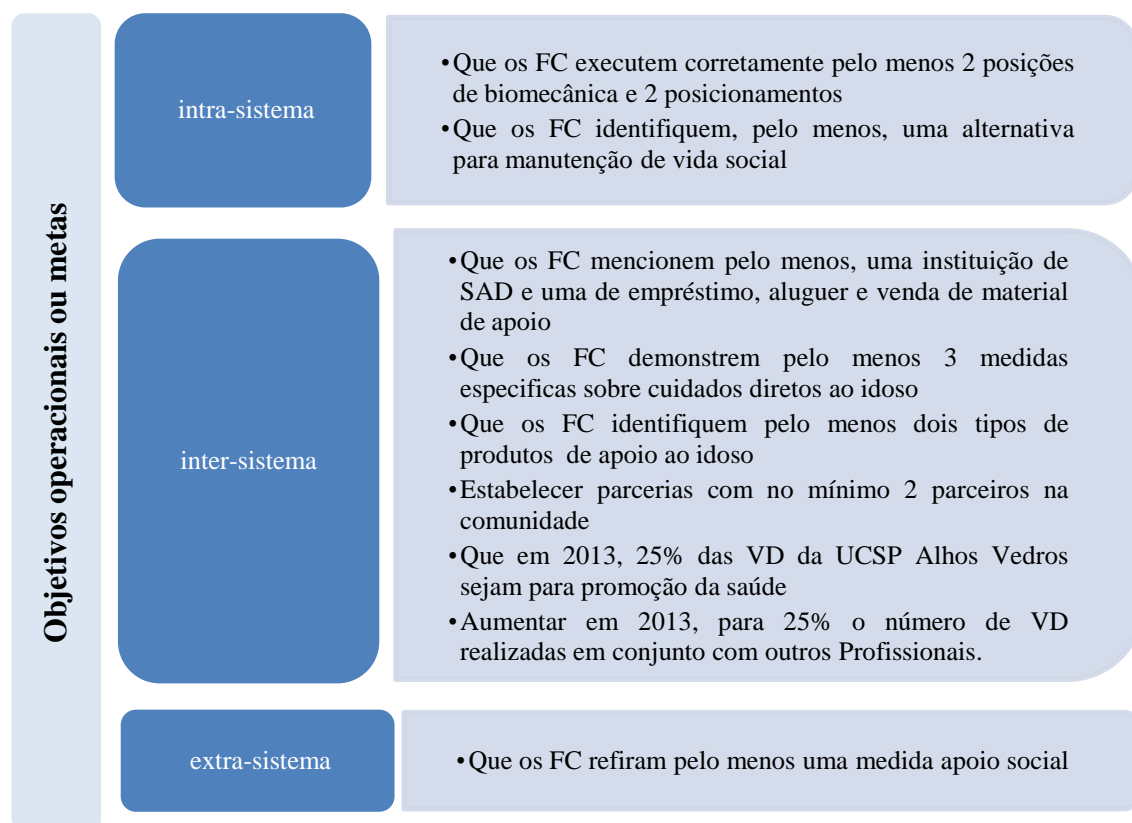
Quadro 3. Objetivos específicos de acordo com a área de atuação dos *stressores*

Objetivos específicos	intra-sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a aquisição de conhecimentos do FC sobre cuidados diretos ao idoso dependente, nomeadamente, na alimentação, vigilância da pele, produtos de apoio, posicionamentos e posições corretas de biomecânica
	inter-sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver estratégias de incentivo ao envolvimento familiar no apoio ao FC • Estabelecer Parcerias com rede de apoio formal e informal da comunidade Alhos Vedros • Sensibilizar a Equipa multidisciplinar da UCSP Alhos Vedros para o Projeto Apoio FC • Desenvolver Projeto apoio ao FC
	extra-sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para que os FC adquiram conhecimentos relativos aos recursos económicos disponíveis (Complemento por dependência, Complemento solidário do idoso)

Como pressuposto na Metodologia do Planeamento em Saúde, cada um destes objetivos foi convertido em metas ou objetivos operacionais, que são enunciados dos resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo, com mensuração a curto, médio ou longo prazo,

daquilo que o enfermeiro e o cliente pretendem atingir em conjunto (Neuman, 2011; Tavares, 1990). Seguindo a mesma ordem dos objetivos específicos, definimos as seguintes metas:

Quadro 4. Objetivos operacionais ou metas de acordo com a área de atuação dos *stressores*



A operacionalização dos objetivos conduziu-nos à seleção de estratégias de atuação.

3.4 - Seleção de estratégias

As estratégias podem ser vistas como um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas de forma a atingir os objetivos previamente identificados (Tavares, 1990). Para definirmos as estratégias tivemos em consideração os níveis de intervenção descritos no Modelo concetual de Neuman, os recursos disponíveis e as especificidades da população-alvo.

De acordo com este modelo, quando a LFD dos FC se encontra enfraquecida devido à intervenção dos *stressores*, a sua LND é invadida, implicando uma intervenção de enfermagem de nível secundário, para “*protect the basic estrutura by strengthening the*

internal lines of resistance” (Neuman, 2011, p.27). Contudo, a autora defende que “*ideally, primary prevention is also considered concomitantly with secondary*” (p.26) no sentido de fortalecer a LFD e reduzir o impacto dos *stressores*, através de uma lógica de promoção da saúde.

Relativamente à população-alvo foi necessário ponderar o tipo de intervenção mais adequada, tendo em conta as suas limitações em termos de deslocação à UCSP. Como era nosso objetivo promover o envolvimento familiar, optámos por realizar as intervenções no contexto domiciliário dos FC. Esta estratégia de acordo com Ducharme e Trudeau (2002) pode ter um impacto maior do que as em grupo, pois pode ser dada maior importância à especificidade de cada família.

Também tivemos em conta a disponibilidade dos recursos humanos e materiais para dar continuidade às intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em conta a população-alvo, os objetivos fixados, nível de prevenção, e a evidência científica produzida com FC, recorremos à taxonomia Nursing Interventions Classification (NIC), visto que o Modelo de Sistemas de Neuman não apresenta uma taxonomia de intervenção. Seleccionámos como estratégia principal o **apoio ao cuidador**, que a NIC define como prestação de informação, defesa e apoio ao cuidador, para facilitar o cuidado ao doente (Johnson et al, 2009).

Os autores, Skalski, Digerolamo e Gigliotti (2006) especificam este apoio em exploração dos mecanismos de *coping*, da rede social do cuidador, estratégias de promoção de saúde e autocuidado, identificação de locais para descanso temporário de cuidador, informação sobre serviços de saúde e recursos da comunidade. Também Lage (2007) reforça esta ideia quando refere que os FC necessitam da “criação de redes de suporte que proporcionem conhecimentos, equipamentos e serviços/recursos às famílias envolvidas na prestação de cuidados a longo prazo” (...), assim como, intervenções de “(...) alívio de *stress*, apoio social para manutenção das suas atividades e proporcionar treino nas áreas mais problemáticas dos cuidados” (Lage, 2007, p. 416).

De forma a dar resposta ao anteriormente referido, seleccionámos como intervenção secundária **a educação para a saúde**, que é considerada um dos instrumentos mais eficazes para a


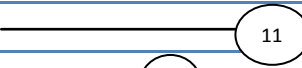



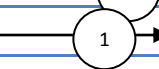
obtenção de ganhos em saúde. O PNS 2012/2016 também enfatiza esta vertente quando refere que os profissionais devem estimular ativamente a educação para a saúde deste grupo, através de estratégias de capacitação promovidas nos vários contextos (DGS, 2012).

3.5 - Preparação operacional/execução

Segundo o Processo do Planeamento em Saúde, as estratégias devem ser definidas em função das metas estabelecidas, sendo concretizadas através de atividades que decorrem num período de tempo bem delimitado. O seu conjunto pode ser designado de projeto (Tavares, 1990). Neste subcapítulo, descrevemos a preparação para a execução e descrição de cada atividade realizada ou em concretização.

Ao iniciar a programação desta fase deparámo-nos com um constrangimento em relação ao número da amostra, que devido a múltiplas razões, que podem ser visualizados no quadro seguinte, teve uma redução significativa, passando de 32 para 12 FC.

Quadro 5. Evolução do grupo de FC e motivos de exclusão

MOTIVO DE EXCLUSÃO	NÚMERO DE FC EXCLUÍDOS	TOTAL
AMOSTRA INICIAL		32
Óbitos		21
UCC		16
Institucionalizados		14
Mudança FC		13
Fora área UCSP		12
AMOSTRA FINAL		12

O Projeto foi apelidado de Cuidar⁺, no sentido de demonstrar a abertura para a comunidade, demarcando-nos da nossa postura anterior centrada exclusivamente na vertente curativa, alargando o foco de atenção do cliente para a família/grupos ou comunidade. Foi estabelecida uma parceria com um *designer* gráfico da comunidade, o Sr. Paulo Sousa, que criou um logotipo para o projeto (ANEXO VI).

Para validação das atividades recorreremos à equipa multidisciplinar da UCSP, à Enfermeira orientadora do local de estágio e do projeto e ainda à literatura existente.

Podemos visualizar a relação estabelecida entre os *stressores* identificados, os objetivos/metass operacionais estabelecidos e as atividades planeadas no quadro que se encontra em Anexo (APÊNDICE VI).

De seguida especificamos cada atividade, tendo em conta a sua justificação, preparação e execução. Os Planos operacionais foram realizados de acordo com os parâmetros definidos por Tavares (1990): atividade, participantes, local e data, descrição, objetivos e avaliação (APÊNDICE VII).

Decidimos iniciar as atividades pela sensibilização dos profissionais, pois Imperatori e Giraldes (1993) descrevem a sua resistência como um dos maiores obstáculos à implementação de um projeto.

Atividades Realizadas

✓ Sensibilização dos Profissionais

Podemos considerar como elemento facilitador o facto de a mestranda integrar a equipa desta UCSP, pois possibilitou a sensibilização dos profissionais em momentos informais e formais, como a reunião de serviço da unidade ou na sessão de esclarecimento dos resultados alcançados na primeira fase do projeto.

Esta sessão decorreu no dia 9 de Outubro de 2012, na sala de reuniões da UCSP Alhos Vedros. Utilizámos o método expositivo, com recurso a diapositivos, estimulando também a participação ativa dos profissionais. Os principais objetivos desta sessão foram: Sensibilizar os profissionais da UCSP Alhos Vedros para a importância da capacitação dos familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio; Sensibilizar os profissionais para a importância da otimização de uma rede de apoio a estes familiares; Comunicar os resultados alcançados na fase de diagnóstico da situação; Incentivar a identificação e apropriação do projeto pelos profissionais para assegurar a sua continuidade, assim como a discussão sobre propostas de intervenção e novas sugestões. O plano de formação, os diapositivos e o questionário de avaliação da sessão elaborado encontram-se em Anexo (APÊNDICE VIII).

Os resultados dos indicadores de presença demonstram uma adesão de 100% dos profissionais envolvidos, tendo a apreciação demonstrado que os conteúdos foram totalmente adequados.

Foi sugerido pela quase totalidade dos enfermeiros necessidade de formação no âmbito das ajudas técnicas e equipamentos de alívio de pressão, denotando dificuldades na orientação dos FC nessa áreas, assim como défice de conhecimentos relativos á RNCCI, aos seus critérios de referenciação e encaminhamento.

✓ Guia Orientador do Familiar Cuidador na Comunidade

Elaborámos um guia simples para os FC no qual apresentamos os recursos existentes na comunidade, como o Serviço de apoio domiciliário (SAD), as instituições que emprestam/alugam e vendem produtos de apoio e outras instituições que fornecem apoio a vários níveis, como descanso do cuidador, cantinas sociais, entre outros. O guia engloba ainda um capítulo com os cuidados gerais ao idoso dependente e outro relativo a breves conceitos de mecânica corporal (APENDICE IX).

A justificação deste manual decorreu dos *stressores* “défice de conhecimentos dos recursos existentes na comunidade e cuidados gerais ao idoso dependente”. Foi realizado com base no manual da UMCCI (2011), no Guia de consulta rápida para Prevenção das úlceras de pressão da European Pressure Ulcer Advisory Panel e da National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) nos princípios gerais da mecânica corporal e na experiência da própria mestranda.

Optámos por imprimir este guia em formato A4, para facilitar a sua leitura e manuseamento. Foi também nosso propósito não encadernar para possibilitar a sua atualização e permitir distribuir aos FC apenas a informação de que necessitam, uma vez que nem todos referem as mesmas dificuldades.

Como critério de avaliação, considerámos algumas frases valorativas dos FC, assim como o número de guias entregue. Estes resultados serão apresentados no subcapítulo referente à avaliação

Sessões Educativas FC – “Cuidar + e melhor!”

Estas sessões decorreram em contexto domiciliário entre Outubro e Dezembro de 2012. Foram efetuadas 2 sessões iniciais onde estavam presentes pelo menos, o FC e outro elemento da família. As sessões tiveram uma componente teórica onde disponibilizámos o Guia e desenvolvemos os conteúdos nele abrangidos, e uma parte prática onde foram exemplificados

e treinados alguns cuidados diretos ao idosos, como os posicionamentos e os princípios de mecânica corporal.

A justificação desta intervenção também decorreu dos stressores “défice de conhecimentos sobre cuidados gerais ao idoso e dos recursos existentes na comunidade”, e teve como objetivos que 50 % dos FC demonstre pelo menos, 3 medidas específicas sobre cuidados diretos ao idoso; Identifique pelo menos, dois tipos de produtos apoio idoso e/ou FC; Execute corretamente pelo menos, 2 posições de biomecânica e 2 posicionamentos; Mencione pelo menos, uma instituição de SAD e uma de empréstimo, aluguer e venda de material de apoio; Identifique pelo menos, uma alternativa para manutenção da vida social e refira pelo menos, uma medida apoio social.

Como critérios de avaliação elaborámos um questionário que foi preenchido pelo FC no final da segunda sessão e uma grelha de observação que foi preenchida pelo enfermeiro 1 semana após as intervenções (APÊNDICE X).

✓ Otimização da rede de apoio do FC

Esta intervenção foi desenvolvida para dar resposta ao *stressores* “falta de apoio formal e informal”. Decorreu no período compreendido entre Outubro e Dezembro de 2012, onde se agendaram reuniões com os vários parceiros identificados na comunidade, de modo a promover uma articulação entre as diversas instituições. Definimos como principais objetivos: Otimizar a rede formal e informal de apoio ao FC; Estabelecer parcerias com no mínimo 2 parceiros na comunidade e aumentar para 25% o número de visitas domiciliárias (VD) realizadas em conjunto com outros Profissionais no ano de 2013.

Foram efetuadas reuniões com os responsáveis de várias instituições de SAD que prestam cuidados na freguesia, entre elas o Centro de Reformados e Idosos do Vale da Amoreira (CRIVA), a Santa Casa da Misericórdia, o cantinho dos Avós e o Centro Social Nossa Senhora da Paz.

Relativamente às instituições que emprestam, alugam ou vendem material de apoio, efetuámos contactos com os responsáveis pelo Banco de ajudas técnicas da Santa Casa da Misericórdia, da Liga dos amigos do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, da Vilsad e dos Mimosinhos aos Avós.

Foram também realizadas reuniões com outros parceiros significativos da comunidade, como a Junta de Freguesia, onde a Presidente, disponibilizou os serviços da junta para divulgação do projeto, assim como a impressão de *posters* ou folhetos, com o Contrato Local de Desenvolvimento Social da Moita (CLDS), onde estabelecemos uma parceria para visitas domiciliárias conjuntas e referênciação de situações de risco social.

Por sugestão da Vogal de Enfermagem do ACES foi efetuado contacto telefónico com a Rede Social da Moita, através da técnica da Divisão de assuntos sociais, que procedeu à divulgação do projeto através da Rede. Ficou também agendado que na próxima reunião dos parceiros sociais (primeiro trimestre 2013), iremos apresentar os resultados já alcançados (APÊNDICE XI). Foi também contactada a responsável pelo Gabinete do cidadão do ACES e apresentado o projeto.

Como tinha sido sugerido pelos enfermeiros, foi realizada uma sessão de esclarecimento com a equipa de enfermagem da UCC Saúde à Beira Tejo. Estiveram presentes a grande maioria dos enfermeiros de ambas as Unidades com exceção de 2. Foram discutidos diversos assuntos e esclarecidas as dúvidas relativas à RNCCI. Estipularam-se intervenções conjuntas e otimizaram-se alguns procedimentos de articulação entre as unidades, como a referênciação de utentes e o agendamento de uma reunião mensal.

Por último, de modo a otimizar a articulação entre o ACES e o Centro Hospitalar contactou-se a enfermeira diretora do Hospital que demonstrou interesse no projeto e o remeteu para o Grupo dos Padrões de qualidade. A enfermeira responsável do grupo referiu que estão num momento de transição de registos, estando a proceder à informatização em todo o hospital, e que quando estiver terminada, entrará em contacto no sentido de melhorarmos a articulação existente, mais especificamente ao nível da carta de alta de enfermagem (APÊNDICE XII).

Foi também organizado um *dossier* com os contactos dos recursos existentes na comunidade para consulta dos profissionais de saúde (APÊNDICE XIII).

Para avaliação desta intervenção seleccionámos três indicadores de processo, o número de visitas domiciliárias realizadas com outros profissionais, o número de FC encaminhados pelos parceiros e o número de parcerias estabelecidas.

✓ Linha telefónica de atendimento ao FC

No sentido de tentar melhorar o apoio prestado ao FC, e tendo presente a dificuldade de contactar a UCSP, decidimos criar uma linha telefónica direta à sala de tratamentos, durante um período limitado por dia e em horário de expediente, para colocação de questões/dúvidas.

Para divulgação desta iniciativa elaborámos um cartaz que foi afixado na unidade. Foi também realizado um cartão com os contactos, o enfermeiro de referência e o horário de atendimento, que foi fornecido a todos os FC (APENDICE XIV).

Esta linha começou a funcionar em meados de Novembro de 2012 e até ao momento foram realizados 15 contactos, relativos a problemas com entubação nasogástrica (2), alimentação (1), drenagem vesical (2), equipamento de alívio de pressão (4) e dúvidas com medicação (2). Foram ainda efetuados pedidos de visita médica (1), encaminhamento para a RNCCI (1) e informações de internamento do familiar dependente (2). A marcação de VD foi a forma de resposta mais utilizada pelo enfermeiro. Para facilitar os registos da intervenção, criámos uma folha que contempla o dia e a hora do contacto, o FC, o motivo e a resolução (APENDICE XV). Para avaliação desta atividade seleccionámos como indicador de processo o número de telefonemas recebido e como indicador de resultado algumas frases de apreço do FC relativas à linha telefónica.

✓ Sessão “equipamento alívio, pressão e ajudas técnicas”

Esta ação realizou-se no dia 6 de Novembro de 2012 na sala de reuniões da UCSP Alhos Vedros. Foi utilizado o método expositivo e interrogativo, com recurso a diversos materiais de alívio pressão e produtos de apoio. Os objetivos definidos preconizavam que, 90% dos enfermeiros conseguissem identificar pelo menos 3 tipos de dispositivos para alívio de pressão, 3 tipos de produtos apoio e 2 escalas de avaliação de risco de úlcera de pressão.

Para avaliação desta sessão utilizámos o indicador de participação e um questionário para os participantes (APÊNDICE XVI).

✓ Atividades em concretização ou por realizar

Como previsto no cronograma de atividades (APÊNDICE XVII), em Novembro de 2012, realizámos uma entrevista para o jornal da região, de forma a dar maior visibilidade ao Projeto. A sua publicação ainda não se concretizou devido a constrangimentos do foro burocrático, que se prendem essencialmente com uma transição do Conselho Executivo do ACES.

Este período de transição inviabilizou também a sessão agendada para apresentação dos resultados alcançados ao Conselho Executivo do ACES. No entanto, o diretor executivo demonstrou interesse no projeto, afirmando que este poderá ser replicado no ACES.

3.6 – Avaliação

A avaliação permite determinar a eficácia e pertinência do percurso realizado. Neuman (2001) conceptualiza-a como um processo contínuo que permite confirmar se as intervenções realizadas provocaram alterações nos stressores identificados, ou servir de base para a sua reformulação. De acordo com Tavares (1990) esta inicia-se na primeira fase do projeto acompanhando todas as etapas, resultando num novo diagnóstico da situação, “com novos planos, com programas e projetos ainda mais inovadores” (p. 214).

Como indicadores de processo definimos o número de VD e tempo médio de duração, o número de guias entregues, o número de telefonemas recebidos para fins terapêuticos, o número de VD realizadas conjuntamente com outros profissionais, o número de parcerias estabelecidas e o número de utentes encaminhados pelos parceiros.

Assim, no período compreendido entre 2 de Outubro de 2012 e 14 de Fevereiro de 2013, realizámos 40 VD para promoção da saúde, com uma duração média de 40 minutos, entregámos 16 guias orientadores do FC na comunidade e recebemos 15 telefonemas. Quando questionados se o guia orientador facilitou a prestação de cuidados a totalidade dos inquiridos respondeu afirmativamente. A sua satisfação relativamente ao guia e à linha telefónica pode ser comprovada nas seguintes afirmações: “Estas folhinhas foram uma grande ajuda... não sabia tanta coisa... (F1) ”; “se eu tivesse conhecimento já podia ter tratado do subsídio há mais tempo ... (F3) ”; “acho estas informações muito úteis (F8) ”; “está aqui tudo, agora só preciso de lá ir (F10) ”; “agora sim, já me atendem o telefone (F11) ”; “a enfermeira ainda não

chegou aí? Não esperava que me atendessem o telefone tão depressa! (F12) ” (APÊNDICE XVIII).

Efetuámos 7 VD com outros profissionais, das quais 4 com médicos família, 2 com assistente social do CLDS e 1 com assistente social do CRIVA. Pensamos que este resultado reflete um impacto bastante positivo das nossas intervenções, pois esta era uma lacuna existente na unidade. Consideramos também que os 25% de VD para promoção da saúde irão ser alcançados até ao final do ano, tendo em conta esta mudança de atitude.

Relativamente às parcerias estabelecidas na comunidade consideramos ter ultrapassado as nossas expetativas iniciais (2), conseguindo estabelecer relações frutíferas com todos os parceiros contactados, gostaríamos no entanto de salientar as parcerias com a UCC Saúde à Beira Tejo, CLDS, CRIVA, Junta de Freguesia e Vilsad.

Podemos considerar como mais-valia destas parcerias, a otimização da articulação dos recursos existentes, assim como um correto encaminhamento dos utentes, situação que não se verificava anteriormente, tendo-se verificado a sinalização de 6 novos casos de FC com idosos dependentes no domicílio (CRIVA 2; CLDS 3; ECL, 1).

Em relação à formação dos enfermeiros sobre “equipamentos de alívio de pressão e ajudas técnicas” constatámos que todos os participantes conseguiram identificar os 3 tipos de dispositivos para alívio pressão assim como os 3 produtos de apoio, havendo no entanto 1 enfermeiro que apenas conseguiu nomear uma escala de avaliação de risco. O índice de participação foi de 100% (6).

A formulação de indicadores que reflitam o impacto do projeto revelou-se um desafio complexo, devido à limitação temporal para a sua concretização e à especificidade da população-alvo. No que concerne a esta população, como já foi referido anteriormente a nossa amostra sofreu uma diminuição significativa, o que impossibilitou uma nova aplicação do questionário, inicialmente prevista para esta fase, devido a possíveis enviesamentos dos resultados. Assim, decidimos avaliar a aquisição de novas competências através de um questionário de avaliação de conhecimentos e de uma grelha de observação, que foram aplicados à totalidade da amostra atual. Desta forma pudemos constatar que relativamente ao questionário 80% dos FC conseguiram atingir as metas propostas, o que denotou uma eficácia

das sessões educativas. Quanto à grelha de observação denotámos alterações em todos os domínios, nomeadamente ao nível da mecânica corporal, onde pudemos verificar que 83,3 % (10) dos FC demonstraram vários princípios, como o manter as costas direitas, o aproximar o corpo do familiar dependente, a flexão das pernas e a utilização do resguardo para apoio na mobilização.

No respeitante aos posicionamentos 9 (75%) efetuaram corretamente os 3 posicionamentos, no entanto, 50% referiram que geralmente procedem apenas a 3 alternâncias de decúbitos diariamente. Relativamente aos cuidados diretos ao idoso os cuidados mais evidenciados foram a preocupação com a vigilância da pele e a sua hidratação e em manter os lençóis esticados. Cerca de 50% alcançaram as metas estabelecidas, no entanto, se avaliarmos o número de FC que demonstrou 2 medidas a percentagem sobe para 83,3%.

Quando questionados sobre alternativas para a manutenção da sua vida social, as respostas variaram, referindo: “sei que devo sair, nem que sejam só 5 minutos para estar sentada no café (F15) ”, ou “ a minha vizinha já cá vem a casa conversar, não vem ajudar (F16), ou ainda, “tenho que pedir mais vezes aos meus filhos para me levar à cabeleireira, eu é que não o queria incomodar (F17) ” (APÊNDICE XVIII).

Por tudo o que expusemos podemos concluir que a avaliação deste projeto acresceu ganhos em saúde para todos os envolvidos embora seja difícil de mensurar, em algumas situações, a mudança de comportamentos.

4 – CONCLUSÃO

Neste capítulo expomos as conclusões do projeto desenvolvido, as suas limitações e implicações/recomendações para a prática, uma reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária e as considerações finais.

4.1– Limitações e Implicações/Recomendações do Projeto

O desenvolvimento do Projeto Cuidar⁺ constituiu-se num grande desafio, com o surgimento de alguns constrangimentos de ordem diversa, que passamos a relatar.

O primeiro desafio que enfrentámos foi a identificação da população-alvo, pois o número de FC por nós sinalizado era insuficiente. Este constrangimento deveu-se essencialmente à ausência de registos nos processos e à articulação deficiente entre as várias instituições da comunidade. Apesar dos esforços realizados, temos a noção de que não conseguimos identificar todos os FC que reuniam as condições necessárias para integrar este projeto.

A nossa inexperiência na área do planeamento em saúde e a inexistência de instrumentos específicos de colheita de dados, segundo a Teoria dos Sistemas de Neuman, foram também identificados como geradores de algumas dificuldades.

No entanto, pensamos que a maior limitação foi a constante alteração da amostra, que sofreu uma redução acentuada ao longo do tempo. Esta limitação denotou-se desde o início do projeto, mas apresentou maior relevância na fase de implementação e avaliação, provocando alterações ao inicialmente programado. O número reduzido da amostra é considerado por Ducharme e Trudeau (2002) a sua principal limitação, no entanto, podemos ainda destacar, que como esta foi selecionada por conveniência, poderá induzir enviesamento dos resultados. Assim, os resultados alcançados não podem ser generalizados a todos os FC.

A dificuldade demonstrada pelos FC em se ausentarem do domicílio foi também um obstáculo que tivemos de ultrapassar, realizando todas as sessões em contexto domiciliário, no sentido de tentar envolver o maior número de familiares possíveis. Esta estratégia provocou um acréscimo adicional no número de sessões efetuadas, condicionando o tempo

disponível para outras atividades. Pensamos também que a limitação temporal para aplicação do projeto, condicionou a plena implementação das etapas, particularmente a avaliação.

No entanto, a realização deste projeto permitiu o reconhecimento dos FC de idosos dependentes no domicílio, como grupo vulnerável na nossa comunidade. A identificação dos stressores a que estes estão sujeitos, possibilitou uma abordagem mais proactiva, favorecendo as intervenções de promoção e restauração da saúde dos FC.

A criação de expectativas dos Profissionais e dos FC face ao projeto foi evidente, o que segundo Tavares (1990), acentuou a importância da sua continuação. Assim, pensamos que o apoio deve basear-se essencialmente em dois pontos-chave: a vertente psicológica e a vertente educativa/informativa. A primeira visa ajudar a gerir as emoções, a adotar estratégias de *coping* eficazes e a promover o envolvimento familiar, ajudando a minimizar os aspetos negativos que estão habitualmente associados ao cuidar. Sequeira (2010) refere que a promoção da satisfação com o cuidar é essencial para a promoção do bem-estar e para a manutenção do idoso no domicílio. Desta forma, a criação de um grupo de ajuda poderá ser muito proveitosa. Esta iniciativa encontra-se já em fase embrionária, em parceria com a Psicóloga do CLDS.

A vertente educativa/informativa será dinamizada dando continuidade às atividades iniciadas, como as sessões educativas, a linha telefónica e com a entrega do guia elaborado, que como indicador de acessibilidade, pensamos ser facilitador na adaptação do FC ao seu papel.

Destacamos ainda a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem processos educativos que favoreçam a participação da comunidade, estimulando-a a reconhecer os seus problemas e intervir sobre eles, bem como a participar das discussões e decisões que lhe digam respeito, fomentando a relação de parceria com os FC, e o reconhecimento destes como membros das equipas de saúde. Esses processos são ações prioritárias do campo da promoção da saúde para lidar com as iniquidades evidenciadas.

4.2 -Reflexão sobre competências desenvolvidas na área de especialização Enfermagem Comunitária

O culminar do projeto permite-nos refletir sobre o caminho percorrido ao longo do seu planeamento, execução e implementação. Pensamos que a sua realização permitiu mobilizar e adquirir diversos saberes, que contribuíram para o nosso desenvolvimento enquanto enfermeiros especialistas em saúde comunitária. Apresentaremos de seguida uma breve reflexão sobre as competências adquiridas, tendo por base o regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010).

A **avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em saúde**, possibilitou o desenvolvimento de um manancial de subsídios que surgiram da aplicação de todas as suas etapas, permitindo a aquisição e aprofundamento de competências em diversas áreas, como a investigação, os métodos de priorização ou ainda a formulação de objetivos e estratégias, de acordo com as necessidades identificadas. A articulação desta metodologia com o Modelo de Neuman forneceu-nos o fio condutor que possibilitou a estruturação do Projeto de Intervenção.

Pensamos que o desenvolvimento do *Projeto Cuidar*⁺ contribuiu para o **processo de capacitação de grupos e comunidades**, na medida em que os resultados apresentados refletem ganhos em saúde para os FC. As sessões realizadas no domicílio, para além de integrarem conhecimentos de várias disciplinas, permitiram ainda, o desenvolvimento de competências ao nível da educação, comunicação, e das ciências humanas e sociais, promovendo uma aproximação do enfermeiro e das famílias.

A otimização da rede de apoio ao FC possibilitou competências na coordenação e liderança de projetos, nomeadamente na motivação dos profissionais de saúde da UCSP e da mobilização dos recursos existentes na comunidade.

De forma a adquirir competências na **integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS**, fundamentámos este projeto nos objetivos do PNS 2012/2016, relativos ao envelhecimento e à figura do cuidador informal, articulando-os com o contexto do ACES, nacional, europeu e mundial. Esta

contextualização foi enriquecedora, na medida em que possibilitou um conhecimento mais aprofundado ao nível legislativo, considerado o suporte basilar para o exercício profissional.

Por último, pensamos que adquirimos ainda competências relativas à **vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**, ao aplicar instrumentos que visavam a recolha de dados de natureza epidemiológica e, portanto, passíveis de serem trabalhados e utilizados para a caracterização do perfil epidemiológico da população abrangida pelo projeto.

Assim, de acordo com o Modelo de aquisição de competências de Dreyfus (Benner, 2005), classificamo-nos no nível de *Proficiente*, pois pensamos que o projeto desenvolvido permitiu dar resposta às competências preconizadas pelo colégio da especialidade acima descritas.

4.3 – Considerações finais

A realização deste projeto permitiu identificar os FC como um grupo vulnerável da comunidade, sujeitos a múltiplos stressores, passíveis de provocar variações no seu bem-estar, desencadeando repercussões a nível físico, emocional e social. A identificação destes stressores permitirá uma abordagem mais proactiva da problemática, privilegiando intervenções que permitam fortalecer a LFD, recorrendo cada vez mais à promoção da saúde, como estratégia de intervenção prioritária.

Note-se que a falta de informação dos recursos existentes na comunidade e dos cuidados diretos ao idoso, foram a dificuldade mais referida pelos FC, o que implica por parte dos profissionais de saúde, mais especificamente do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, um investimento na área do conhecimento, de forma a capacitar os FC para o desempenho do seu papel, tornando-os parceiros, com um papel ativo no processo de tomada de decisão.

A otimização e o desenvolvimento de uma rede de apoio ajustada às necessidades referidas pelo FC são fundamentais para a assunção do seu papel, pelo que devemos investir em modalidades que possibilitem o descanso do cuidador e a sua substituição quando necessário. Para isso, pensamos que também devem ser criados, à semelhança de outros países, novas dinâmicas de intervenção, como linhas telefónicas de apoio 24 horas por dia e a utilização das tecnologias da comunicação (telemedicina) no sentido facilitar a comunicação entre o sistema formal e informal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Access Economics. (2010). *The economic value of informal care in 2010*. Australia: Government of Western Australia. Acedido em 20/10/2012. Disponível em: <http://wa.carersaustralia.com.au/uploads/Carers%20Australia/CA%20Research/Economic Value Informal Care Oct 2010.pdf>
- Alves, P., Mourão, C., Galvão, M., Fernandes, A. & Caetano, J. (2010). Application of Neuman nursing process after mastectomy: a qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 9 (1). doi:10.5935/1676-4285.20102741. Acedido em 20/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&sid=7e079730-cf25-4d3b-929e7710e7afc282%40sessionmgr104&hid=127&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010649056>
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25(2), 59-66.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. 2ª Edição. Coimbra: Edições Quarteto.
- Brito, M. L. (2002) - *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Acedido em 3/5/2012. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Acedido em 2/7/2012. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_216.html

- Ducharme, F. & Trudeau, D. (2002). Qualitative Evaluation of a Stress Management Intervention for Elderly Caregivers at Home: A Constructivist Approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 691–713. Acedido em 28/12/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?Vid=7&sid=69808763-af56-42b5-8a43-197a5c3016f7%40sessionmgr15&hid=19>
- Durán, H. (1999) – *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- European Commission (2009). Joint Report o social protection and social inclusion. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Acedido em 6/10/2012. Disponível em: http://www.igfse.pt/upload/docs/gabdoc/2009/Novidades/07Jul/Joint_report_2009_en.pdf
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevenção de úlceras de pressão: guia de consulta rápido*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acedido em 6/10/2012. Disponível em: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf
- Eurostat (2012). *Eurostat yearbook 2012: Europe in figures*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2785/20539. Acedido em 8/7/2012. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-12-001/EN/KS-CD-12-001-EN.PDF
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gigliotti, E. (2012). New Advances in the use of Neuman's Lines of Defense and Resistance in Quantitative Research. *Nursing Science Quaterly*, 25 (4), 336-340.
- Gigliotti, E. & Manister, N.N (2012). A Beginner's Guide to Writing the Nursing Conceptual Model-Based Theoretical Rationale. *Nursing Science Quaterly*, 25 (4), 301-306.

- Godinho, N. (2012). *Guia Orientador para a elaboração de Trabalhos escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma Apa*. Lisboa: ESEL. Acedido em 6/11/2012. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/5C89A048-9601-4EB4-BB7F-DBB9CFEBE4A7/3730/APAGuia_2012_vf.pdf
- Imaginário, C. M (2004) – *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde LDA.
- Imperatori, E. & Giraldes (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- International Council of Nurses (2008). International Council of Nurses day - *Delivering quality, serving communities: Nurses leading Primary Health Care*. Geneve: ICN. Acedido em 4/5/2012. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2008.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2012) – *CENSUS 2011*. Lisboa: INE.. Acedido em 2 de Fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.ine.pt>
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorheag, S. & Swanson, E. (2009). *Ligações entre a NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (R. M. Garcez, Trad.). (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (tradução do original do inglês NANDA, NOC and NIC linkages, 2nd ed., 2006).
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade do Porto.
- Louro, M. C. (2009). *Cuidados Continuados no domicílio*. Porto. Dissertação de Doutoramento em ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Mackenzie, A. et al. (2007). Family careers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability and Rehabilitation*, 29 (2), 111-121. Acedido em 17/1/2012. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280600731599?journalCode=dre>

- Marques, S. C. L (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau
- Martins, T., Ribeiro, J. P. & Garrett, C (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148. Acedido em 20/6/2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Acedido em 8/7/2012. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf
- Neuman, B (2011) – *The Neuman System Model*, fifth edition. Pearson Health Science.
- Ume-Nwagbo, P.N, Dewan, S.A.& Lowry, L.W.(2006). Using the Neuman System Model for Best Practices. *Nursing Science Quaterly*, 19 (1), 31-35.
- OECD (2008) - *Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2008*. Paris, France: Organization for Economic Co-operation and Development. Acedido em 8/7/2012. Disponível em: http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_37407,0.html
- OMS (2005) - *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Acedido a 5 Julho 2012. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem comunitária e de Saúde pública. Acedido em 8/6/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Proposta de projeto de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 8/6/2012. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/1%C2%AAs%20Assambleias%20Gerais%20dos%20Seis%20Col%C3%A9gios%20de%20Especialidade%20da%20Ordem%20dos%20Enfermeiros/MCEE/Proposta%20Proj%20Reg%20Perfil.pdf>

- Paúl, C & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal – Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi-editores. ISBN: 972-796-185-1
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5),583-594.
- Petronilho, F. A (2008) - Os sistemas de informação em enfermagem e a produção de indicadores de qualidade – uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico: prevenção, diagnóstico e intervenção. *Revista Sinais Vitais*. 77,10-19.
- Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de Novembro (2012). Procede à reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. *Diário da República I Série*, N.º231 (29/11/2012), 6832 (5)-6832 (11).
- Sapeta, P. (1997) - O doente terminal e a família, realidades e contextos. *Revista Nursing*, 117, 28-31.
- Schulz, R.& Martire, L.M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, Health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. May-Jun;12(3):240-9. Acedido em 4/5/2012. Disponível em: <http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/AJGPFamilyCaregiving.pdf>
- Schumacher, K., Beck, C. A., & Marren, J. M. (2006). Family Caregivers: Caring for older adults, working with their families. *The American Journal of Nursing* 106, pp. 40-49
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Skalski, C., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 69-78.

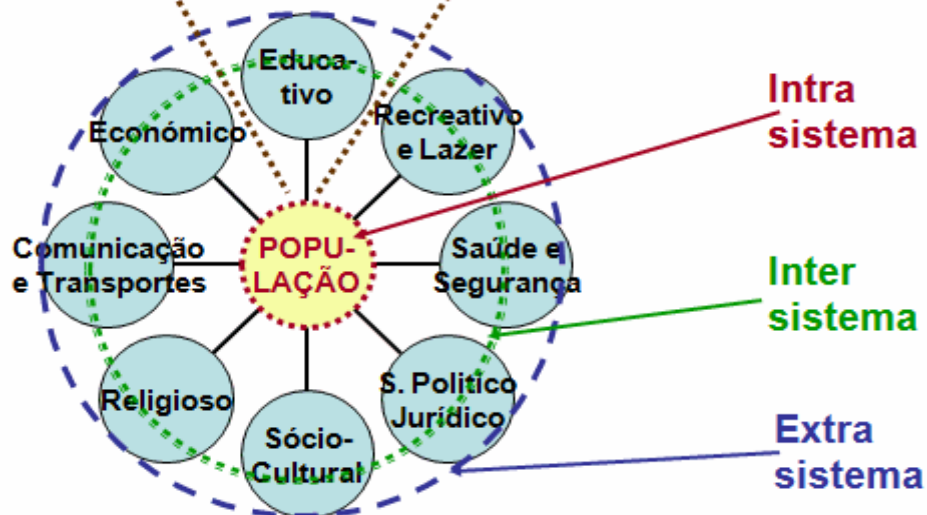
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde Pública*, 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A & Alligood, M.R (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª Ed.). Loures: Lusodidacta
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: UMCCI
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010) - *Cuidados Continuados - Saúde e apoio social: Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de cuidados paliativos 2011-2013*. Lisboa: Sistema Nacional de Saúde. Acedido em 4/6/2012. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf
- United Nations (2002). Department of economic and social affairs. *World Population ageing 1950-2050*. Acedido em 29/11/2012. Disponível em: <http://www.un.org/esq/population/publications/worldageing19502050/>
- Vala, J. (2001). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais 11.ª ed.* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vieira, G.B., Alvarez, A.M. & Girondi, J.B. (2011 jan/mar). O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 13 (1), 78-79. Acedido em 2/1/2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a09.htm>
- White, C. L. et al (2007). Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: The family's experience. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 29 (2), 5-12. Acedido em 16/1/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240626>

ANEXOS

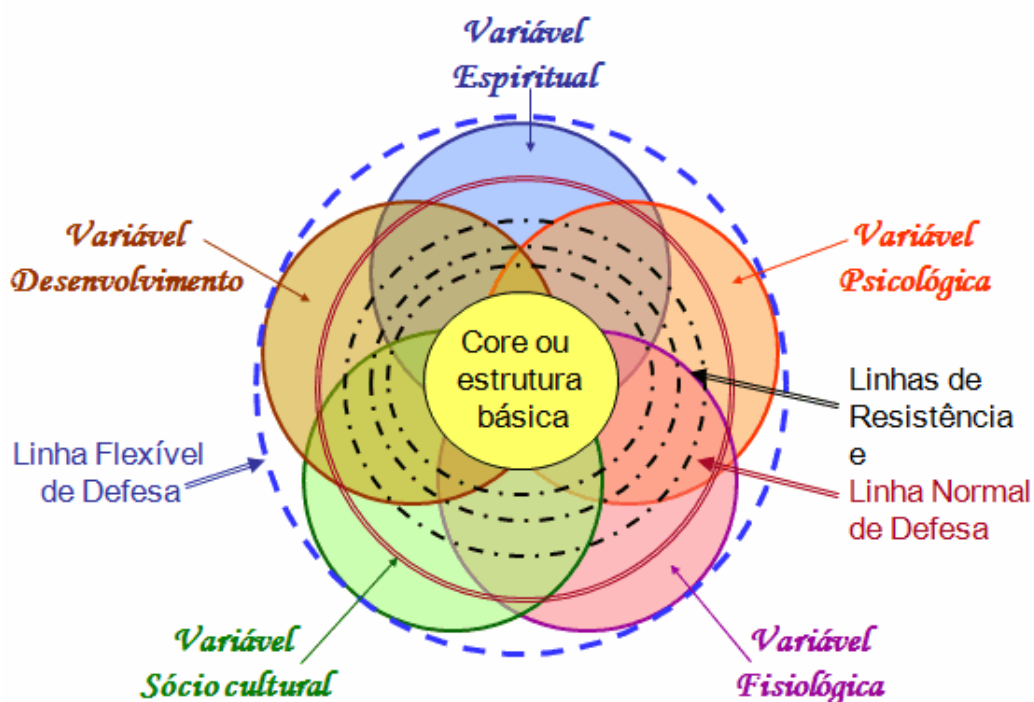
Anexo I – Diagramas do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Diagramas do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A comunidade é um sistema aberto,
troca energia com o ambiente



Fonte: Adaptado de Neuman (1995, p. 570)



Fonte: Adaptado de Neuman (1982, p. 119)

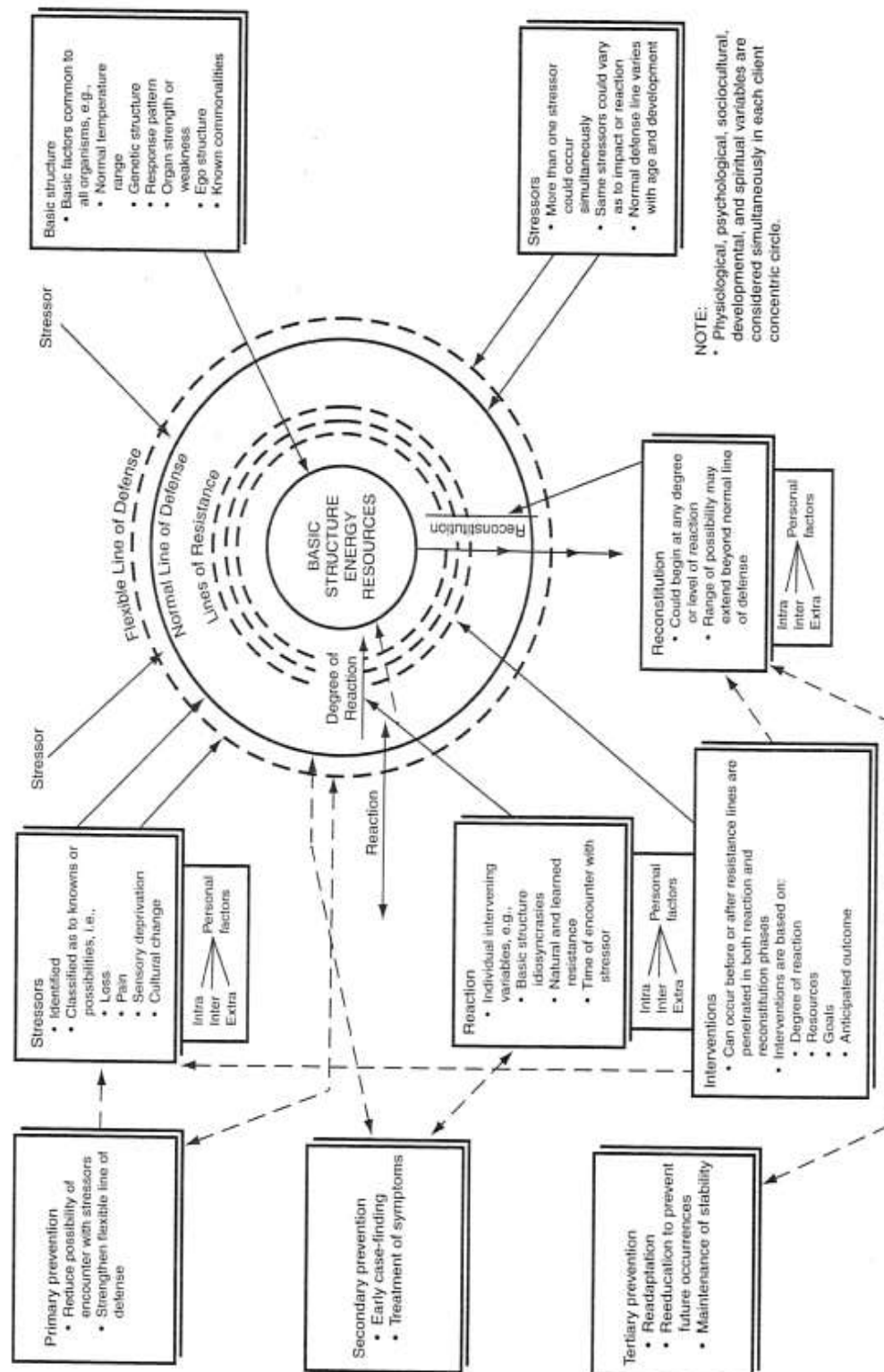


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

Fonte: <http://www.neumansystemsmodel.org/NSMdocs/NSM%20overview%20as%20PDF.pdf>

Anexo II – Mapa da Freguesia de Alhos Vedros

Mapa Toponímico da Freguesia de Alhos Vedros



Fonte: http://www.cm-moita.pt/NR/rdonlyres/99DF0609-CC3C-402A-B840-6E360396A611/69551/Mapa_Toponimico_AVedros.pdf

Anexo III – Instrumento de Colheita de Dados

FORMULÁRIO AO CUIDADOR

GRUPO I – Caracterização sociodemográfica e profissional

1 -Nome:

2 -Residência:

Telefone: _____

3 -Idade: _____ (anos)

4 -Género:

➤ Feminino ☐

➤ Masculino ☐

5 -Situação conjugal:

➤ Casado ☐

➤ União de facto ☐

➤ Divorciado ☐

➤ Separado ☐

➤ Viúvo ☐

➤ Solteiro ☐

6 -Escolaridade: _____

7 -Situação perante o trabalho:

- Empregado (a) ☐
- Desempregado (a) ☐
- Reformado (a) ☐
- Doméstico (a) ☐
- Estudante ☐
- Temporariamente ausente ☐
- Atestado / Baixa ☐
- Outra Qual? _____

8 -Qual a relação de parentesco com a pessoa cuida?

9 – Há quanto tempo é cuidador?

10 - Em relação ao doente vive:

- Na mesma habitação ☐
- Em habitações diferentes mas muito próximas ☐
- Em habitação diferentes mas não muito próximas ☐
- Em localidades diferentes ☐
- Outra ☐ Qual? _____

11- Já alguma vez cuidou de outros familiares?

- Sim ☐ Não ☐
- Com o mesmo tipo de doença ☐
- Com outra doença ☐

Grupo II – Apoio formal e informal

1 - Em média, quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados ao seu familiar?

2 – Tem ajuda regular de outras pessoas para a prestação de cuidados ao doente?

➤ Sim ☐

➤ Não ☐

3 – Recebe ajuda de:

➤ Apoio domiciliário ☐

➤ Enfermeiro(a) ☐

➤ Familiar(es) ☐

➤ Amigo(s) ☐

➤ Vizinho (s) ☐

➤ Outro ☐

4 – Que tipo de apoio recebe?

5 - Caso necessite de tirar algumas horas, tem alguém com quem pode contar para o(a) substituir?

➤ Sim ☐

Quem? _____

➤ Não ☐

Porquê? _____

6- Caso necessite de tirar alguns dias de férias, tem alguém com quem pode contar para o(a) substituir?

➤ Sim ☐

Quem? _____

➤ Não ☐

Porquê? _____

7 - Se tivesse outra opção que não o/a obrigasse a cuidar do seu familiar, continuaria a fazê-lo?

➤ Sim ☐

➤ Não ☐

Porquê? _____

Grupo III – Necessidades e dificuldades

1 – Considera ter dificuldades na prestação dos cuidados?

➤ Sim ☐

➤ Não ☐

2 – Encontra dificuldades principalmente a que nível?

➤ Serviço doméstico ☐

➤ Deslocação aos serviços de apoio/transporte ☐

➤ Espaço físico pouco adequado ☐

➤ Falta de ajudas técnicas ☐

- Cuidados diretos ao doente ☐
- Condições económicas ☐
- Falta de informação ☐ De que tipo?

- Outras: ☐ Quais? _____

3- Que necessidades sente atualmente nos cuidados a prestar ao seu familiar?

Grupo IV – Articulação informativa entre níveis de cuidados

1- Quando saiu do hospital foi-lhe dada uma carta de alta para entregar no centro de saúde?

- Sim ☐
 - ➔ Para o enfermeiro ☐
 - ➔ Para o médico ☐

- Não ☐

Se sim, quantos dias após a alta do seu familiar a entregou?

2- O médico de família foi informado das condições de alta do doente?

- Sim ☐ Por quem? _____
- Não ☐
- Não Sei ☐

3- O enfermeiro de família foi informado das condições de alta do doente?

- Sim ☐ Por quem? _____
- Não ☐
- Não Sei ☐

4- Costuma ser visitado pelo enfermeiro do Centro de Saúde?

- Sim ☐
- Não ☐

a) Se sim, em média quantas vezes por semana?

b) Se sim, após quantos dias depois de sair do hospital recebeu pela primeira vez a visita do enfermeiro do centro de saúde?

c) Qual é a ajuda que lhe é prestada pelo enfermeiro?

d) O que mais aprecia nessa ajuda?

e) Acha que é suficiente? Justifique.

5- Costuma ser visitado pelo médico do centro de saúde?

➤ Sim ☐

➤ Não ☐

6- Costuma ser visitado por outros técnicos de saúde?

➤ Sim ☐

Quem _____

➤ Não ☐

7- Considera as suas ajudas suficientes?

8- Durante este último mês o doente recorreu ao hospital?

➤ Sim ☐

➤ Não ☐

9- Quanto dias após a primeira alta recorreu novamente ao hospital?

Muito obrigado pela sua participação

Anexo IV – Índice de Barthel

ÍNDICE BARTHEL - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NAS AVD

Banho Pontuação: _____ ptos	5		Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho).
	0		Dependente (necessita de algum tipo de ajuda/supervisão)
Higiene Pessoal Pontuação _____ ptos	5		Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho).
	0		Dependente (necessita de auxílio nos cuidados pessoais)
Vestir/Despir Pontuação _____ ptos	10		Independente (inclui fechos, botões e atacadores)
	5		Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho
	0		Dependente (não faz nada sozinho)
Alimentação Pontuação _____ ptos	10		Independente (não necessita de ajuda)
	5		Necessita de uma pequena ajuda para cortar a carne ou barrar o pão, come sozinho.
	0		Dependente (necessita de ser alimentado por outra pessoa)
Intestinos Pontuação _____ ptos	10		Com controle intestinal (não necessita de ajuda).
	5		Acidente ocasional (uma vez por semana necessita de auxílio para aplicar clisteres).
	0		Incontinente (necessita de auxílio para aplicar clisteres)
Bexiga Pontuação _____ ptos	10		Com controle vesical (+ 7 dias sem necessidade de ajuda).
	5		Acidente ocasional (uma vez por semana necessita de auxílio para urinar)
	0		Incontinente/algaliado/incapaz de urinar sem auxílio
Uso da Sanita Pontuação _____ ptos	10		Independente (não necessita de ajuda).
	5		Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho
	0		Dependente, necessita de uma grande ajuda, não faz nada sozinho
Transferências (cadeira/cama) Pontuação _____ ptos	15		Independente (não necessita de ajuda).
	10		Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão
	5		Necessita de uma grande ajuda física, apenas consegue sentar-se.
	0		Dependente, sem equilíbrio sentado
Mobilização Pontuação _____ ptos	15		Independente (pode usar meios de auxílio, ex: bengala).
	10		Marcha, necessita de uma pequena ajuda física, ou supervisão, por parte de outra pessoa.
	5		Independente em cadeira de rodas
	0		Dependente, imóvel.
Escadas Pontuação _____ ptos	10		Independente, sobe e desce
	5		Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão
	0		Dependente, é incapaz.

TOTAL _____

Anexo V – Determinação de Prioridades segundo o Método de Hanlon

Priorização dos problemas de enfermagem de acordo com o Método de Hanlon

Critérios de métodos	Amplitude		Gravidade	Eficácia	Exequibilidade					Aval	
	N	Peso			Pert	Exeq	Ace.	Disp.	Leg		
Falta de informação dos apoios existentes na comunidade;	22	10	9	Com esforço	1,5	1	1	1	1	1	28.5
Defice de conhecimentos sobre o cuidar em casa de pessoas dependentes	18	9	8	Com esforço	1,5	1	1	1	1	1	25.5
Fadiga papel cuidador	20	10	8	Com esforço	1	1	1	1	1	1	18
Dificuldades monetárias relacionadas com o cuidar	14	8	7	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	7.5
Articulação deficiente recursos existentes na comunidade	10	6	8	Com esforço	1	1	1	1	1	1	14
Dificuldades no serviço de deslocação e transporte	16	8	7	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	7.5
Falta de ajudas técnicas	12	7	7	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	7
Espaço físico pouco adequado	7	5	5	Muito difícil	0.5	1	0	1	1	1	0
Falta apoio formal/informal	17	9	9	Com esforço	1,5	1	1	1	1	1	27
Alteração da vida social e profissional	9	6	7	Muito difícil	0,5	1	1	1	1	1	6.5
Dificuldade realização serviço doméstico	10	6	7	Muito difícil	0,5	1	1	1	0	1	0

Anexo VI – Logotipo do Projeto Cuidar ⁺

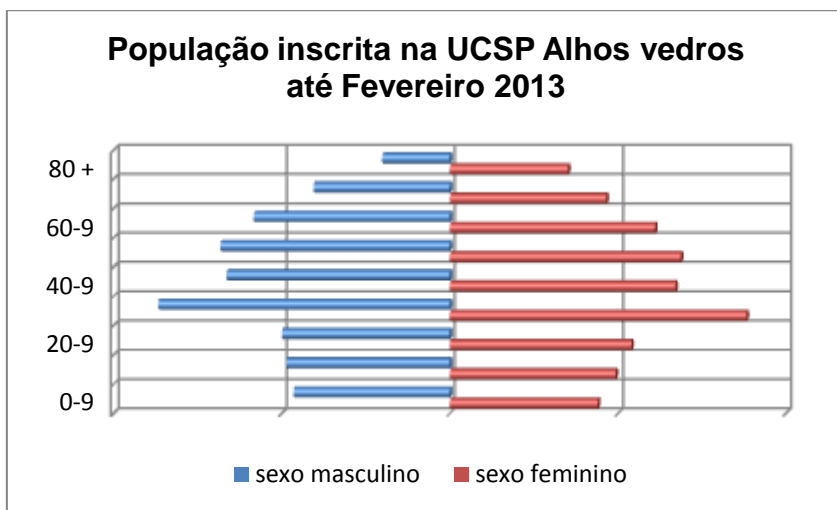
Logotipo do Projeto Cuidar⁺



APENDICES

Apêndice I – Pirâmide etária da população inscrita na UCSP de Alhos Vedros

Pirâmide etária da população inscrita na UCSP Alhos Vedros



Fonte: Registo Nacional de Utentes (2013)

Apêndice II – Pedidos autorização à autora do questionário e ao Diretor do ACES

Exma. Sra. Presidente do Conselho
Executivo do ACES Arco Ribeirinho

Deolinda da Conceição Marques de Sousa Caxaria, Enfermeira a exercer funções na UCSP Alhos Vedros, vem por este meio solicitar autorização para aplicação de um questionário aos utentes inscritos nesta Unidade de Saúde.

Este questionário surge no decorrer de um projeto que está a ser desenvolvido no Mestrado de Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O projeto tem como objetivos:

- Conhecer o número de famílias inscritas na UCSP Alhos Vedros com pessoas dependentes no domicílio
- Identificar as necessidades e dificuldades do familiar cuidador do doente dependente no domicílio;
- Saber que tipos de apoio (formal e informal), têm os familiares cuidadores de pessoa idosa dependente no domicílio.

A informação recolhida com a aplicação dos questionários será um importante contributo para aprofundar conhecimentos na área, possibilitando uma atuação direcionada para as principais dificuldades identificadas.

Os questionários apenas serão aplicados a familiares cuidadores de idosos que se encontrem dependentes em pelo menos, uma atividade de vida diária.

Agradeço a vossa colaboração, ela é fundamental para a realização do estudo.

Comprometo-me a respeitar os princípios éticos inerentes, como o direito ao anonimato, ao consentimento informado, entre outros.

Para vossa consulta envio o questionário a ser aplicado ao familiar cuidador.

Obrigado pela vossa atenção

Apresento os meus cumprimentos

Apêndice III – Consentimento livre e esclarecido

Sr.(a) Utente

Estamos a efetuar um estudo às dificuldades do familiar cuidador de pessoa idosa dependente no domicílio.

Este estudo tem como objetivo melhorar os cuidados prestados às famílias, assim como a educação prestada aos mesmos nas nossas instituições de saúde.

Pretendemos saber como se sente e qual sua opinião acerca deste assunto.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correta. O importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer.

Este trabalho está a ser elaborado no decorrer do 3º Mestrado de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Lisboa.

Para qualquer informação adicional estamos ao seu dispor através do telefone 212029470.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

A enfermeira
Deolinda Caxaria

Assinatura:

Apêndice IV – Caracterização do idoso dependente

CARATERIZAÇÃO DO FAMILIAR DEPENDENTE

1 -Nome:

2 -Residência:

Telefone: _____

3 -Idade: _____ (anos)

4 -Gênero:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

5 – Patologia

- ☐ Amputação
- ☐ AVC
- ☐ Demência
- ☐ Doença oncológica
- ☐ Fractura colo fémur
- ☐ Outras

6 – Grau de dependência

- ☐ Total (0-20)
- ☐ Severa (21-60)
- ☐ Moderada (61-90)
- ☐ Ligeira (91-99)
- ☐ Independente (100)

Caraterização do familiar dependente: variáveis sociodemográficas

Familiar dependente (N= 32)	Frequências absolutas	Frequências relativas
Sexo		
Masculino	14	43,75
Feminino	18	56,25
Idade		
65 a 70	6	18,75
71 a 75	0	0
76 a 80	11	34,3
81 a 85	7	21,87
86 a 90	5	15,6
> 91	3	9,37
Patologia		
AVC	15	46,87
Fractura colo fémur	3	9,37
Demência	6	18,75
Doença oncológica	2	6,25
Outras	1	3,125
Amputação	5	15,6
Grau de Dependência		
Total (0-20)	15	46,87
Severa (21-60)	11	34,3
Moderada (61-90)	6	18,75

Apêndice V – Procedimentos relativos à análise de conteúdo

Transcrição das respostas às perguntas abertas

E1

- *Não tenho férias e não quero sobrecarregar a minha filha e os netos...*
- *Já estamos casados há uma vida. Casámos para o bem e para o mal. Enquanto puder não peço ajuda...*
- *A minha coluna e o coração já estão muito fraquinhos...o médico da fisioterapia diz que eu estou pior que ele...*
- *Sinto-me cansada, já não tenho a energia que tinha há uns anos atrás. Durmo mal durante a noite com a preocupação de a fralda estar toda molhada e passar para a cama. Ele já não sente...*
- *Inicialmente vinham todas as semanas, agora é só de dois em dois meses. Tenho muitas saudades dela... quando cá vem, conversamos muito. É o meu momento preferido. O J. já não conversa...*
- *Vem cá fazer a pica dos diabetes...umas conversam mais um bocado. Outras entram, picam o dedo e vão-se embora...*
- *Alívio em saber que está tudo bem, a simpatia, disponibilidade, conversa comigo, é uma amiga. Já cá vem há muitos anos...tenho saudades dela...*
- *O apoio da enfermeira para mim é muito importante. Nem preciso de ir ao médico, falo com ela e ela vem cá a casa ver o j.*
- *Não tenho dinheiro para pagar para virem cá a casa ajudar-me na higiene e na lida da casa. A reforma é pequena, quase não chega para os comprimidos e para as fraldas...*
- *As minhas maiores dificuldades são para lhe dar banho, trocar as fraldas, vestir e levantar, ele não ajuda nada...*

E 2

- *Não posso contar com o meu pai porque trabalha, é o único que trz dinheiro para casa. Teve que voltar a trabalhar porque já estava reformado. A minha irmã trabalha em Lisboa e faz turnos de 12h. Ainda me deixa cá o filho porque só tem 15 meses...*
 - *È minha mãe..já me criou a mim e ao meu filho. Agora é a minha vez de retribuir. Não a posso abandonar...*
-

- *Às vezes não saber o que fazer... a minha mãe é muito pesada (a casa de banho tem uma porta estreita e a cadeira de rodas custa muito a entrar...é tudo á força. Já tenho problemas de coluna e não devia realizar tantos esforços...*
- *Enquanto teve uma ferida no coto, vinham cá muitas vezes. Agora já teve alta...*
- *Faziam o penso, controlavam a diabetes e verificavam a insulina...*
- *Disponibilidade, simpatia e profissionalismo...*
- *Não temos dinheiro para mais. Eu estou desempregada, não posso trabalhar para cuidar da minha mãe...*
- *Precisava de uma assistente social, mas já me disseram que agora o centro saúde não tem nenhuma...*
- *Preciso de apoio para deslocação às consultas, ajudar descer as escadas com a cadeira de rodas. Isto é um segundo andar sem elevador e a minha mãe é muito pesada...*
- *Eu é que trato dela. Aplico creme no calcanhar, mas agora ela diz que lhe dói e já não sei o que fazer....*
- *A ajuda da enfermeira foi suficiente. A minha mãe agora já não tem feridas. Acho que já não pode fazer mais nada...*

E3

- *Os filhos moram longe...têm a vida organizada. Vêm aos fins de semana quando podem. Não têm condições para o ter em casa porque trabalham. A obrigação é minha...*
 - *Se não fossem as enfermeiras não sabia a quem recorrer por causa da cadeira de rodas. Não conseguia falar com a assistente social.*
 - *Ensinaram-me a cuidar dele...*
 - *O meu maior medo é que se me acontece alguma coisa...ninguém sabe onde estão os medicamentos dele. Quem é que vai tratar dele...*
 - *Se me acontecer alguma coisa levem-nos para um lar, mas por favor temos que ficar juntos...*
 - *Por vezes doem-me as pernas e a coluna. Já não sou nova...*
 - *Estava desesperada, precisava de ajuda, não tinha condições para o trazer para casa. Para um 4º andar sem elevador, e ainda por cima com escadas para o quarto e para a casa de banho (duplex)...*
-

- *As minhas vizinhas ajudam-me a fazer a mudança da roupa da cama, a ir às compras. Também ficam com ele quando preciso de ir a algum lado...*
- *Na altura da amputação iam lá muitas vezes a casa ,agora já não. São todas minhas amigas, gosto muito delas...*
- *Ensinaram-me a levantá-lo para a cadeira e a deitá-lo. Quais as posições que tinha que o virar. Também me ajudaram nas consultas com o medico de família e com a assistente social...*
- *Foram os meus anjos da guarda, bastava telefonar...*
- *Enquanto os meus amigos me ajudarem não me posso queixar...'*

E4

- *Já tratei da minha mãe e agora trato do meu pai. Não faço mais do que a minha obrigação...*
- *Neste momento as minhas ajudas são as suficientes, o meu pai já não tem feridas. Eu e minha mulher conseguimos dividir o trabalho...*
- *Eu acompanho-o á hemodiálise e a levantar e a deitar. A minha mulher trata da higiene e da alimentação. Eu ainda trabalho, não posso estar sempre presente. Gostava de ter mais tempo...*
- *Vinham cá cuidar dos ferimentos...*
- *Aprecio o esclarecimento dado pela enfermeira e os ensinios. Aprendi como se tratava de um doente acamado...*

E5

- *Os filhos não estão disponíveis, um está no estrangeiro e os outros dois estão desempregados. Mas moram perto...*
 - *Já estamos casados há muito tempo...*
 - *O dinheiro das reformas quase não chega para as fraldas, apoio domiciliário e a medicação...*
 - *Os apoios económicos não são suficientes...*
 - *Sinto-me cansada, como se tivesse um mundo às costas...*
 - *O que mais me custa é trocar as fraldas...*
-

- *Quando ele se aleijou vinham tratar das feridas, agora só vêm quando os diabetes estão alterados. Eu telefono*
- *Gostava da simpatia e do apoio. Viam os meus valores da diabetes e orientavam sobre os cuidados que tinha que ter com a comida. Sou muito controlada...*
- *Um momento para conversar... às vezes sinto-me sozinha...*
- *Gosto muito do meu medico de família...*

E6

- *Não sabia como pegar nela ao colo, sem fazer muita força. Aprendi a passá-la para a cadeira de rodas e a deitá-la. Tive que aprender...*
- *Agora está-se a tornar mais difícil, porque as hérnias não ajudam. Estou há espera de ser operado...*
- *Ajudam na higiene e nas refeições. Os meus filhos vão às compras...*
- *Vieram cá durante muito tempo dar as injeções há minha esposa...*
- *Mesmo que quisesse mais apoios o dinheiro não chega para mais...*
- *A simpatia...*
- *Estou muito cansado. A idade já não ajuda. Mas também não sei o que é que se poderia fazer mais...*
- *Os filhos só podem ficar com ela quando estão de férias, porque trabalham...*
- *Se fosse ao contrário ela também tratava de mim...*
- *Os amigos estão todos na mesma situação que nós... todos velhos e já sem forças...*

E7

- *Precisa de mim a tempo inteiro, ela já não faz nada sozinha. Não tenho mais familiares que me possam ajudar*
 - *O meu marido está na mesma situação que eu, estamos cansados. Não podemos ir juntos a lado nenhum, nem às festas dos netos. Tem que ir sempre um de cada vez...*
 - *Preciso de férias, nem que sejam só oito dias...*
 - *Não confiamos nos lares, já pensámos nisso, mas desistimos da ideia...*
 - *Não sabíamos dessa possibilidade. Parece-me bem...*
 - *Ajudam-me no que é necessário. Actualmente é só no tratamento das feridas...*
-

- *O que mais aprecio é o bom atendimento ao doente...Tenho muitas dificuldades porque ela está muito dependente...*

E8

- *Não temos mais ninguém...eu é que sou a mulher dele, é a minha responsabilidade*
- *Vou continuar até poder. Agora já quase não consigo*
- *Não era capaz de me separar dele. Já estamos juntos há mais de 50 anos...*
- *Queria ir para o lar com ele. Já não tenho forças para continuar sozinha...*
- *Não consigo olhar para a casa, porque já não tem o asseio que era habitual, já nem vou ao quintal....*
- *Aprecio as palavras simpáticas, a disponibilidade....*
- *Explicam-me os tratamentos que fazem às feridas, como é que o viro, onde tenho de por as almofadas...*
- *Fui ao hospital por causa das feridas na pele. Não quiseram saber. Disseram que era do calor...*

E9

- *Não tenho vizinhos e os meus filhos só vêm quando é para ir ao hospital...*
- *Elas trocam a algália...*
- *Todos trabalham...*
- *Não tenho condições para me ajudarem a minha casa não presta...*
- *Se ele quisesse ir para o lar...*
- *A casa não tem condições que permitam outras pessoas tratar dele. Tenho vergonha que cá venham...*
- *É o meu dever de esposa...*
- *Agora faço um esforço maior porque não quero que vão lá a casa por causa das condições serem muito más. É pior para mim, mas já estou habituada...*

E10

- *Não disponho de meios económicos para pagar assistência 24h dia. A invalidez do meu familiar implica dependência 100% de terceiros....*
 - *Não conheço nenhum sítio onde a possa deixar para descansar...*
-

- *A minha mãe está nesta situação há dois anos. Não tenho médico de família, por isso quando é necessário tenho de recorrer ao privado...*
- *As enfermeiras vêm cá a casa fazer os curativos a feridas que surgem com alguma regularidade...*
- *Aprecio o profissionalismo e a simpatia...*
- *O apoio da equipa de enfermagem é suficiente, já não posso dizer o mesmo relativamente ao apoio médico...*
- *As ajudas dificilmente serão suficientes para uma pessoa que cuida de um familiar com uma grande dependência...*
- *As despesas são muitas e não são comparticipadas...*
- *Precisava da visita de um médico de família sem ter de pagar...*

E11

- *Tenho uma amiga que costuma vir para ao pé de mim, mas não é para me ajudar. É para me fazer companhia...*
- *Gostava de ir acampar um fim de semana em Julho com a minha família, mas não tenho com quem a deixar...*
- *A minha filha é que me ajudava, mas agora casou e foi morar para mais longe...*
- *A minha maior dificuldade é na mobilização. Ela é muito pesada e não ajuda nada...*
- *A enfermeira vem cá a casa mudar a algália e dar injeções...*
- *O que aprecio é o profissionalismo...*
- *São suficientes, a enfermeira não me pode ajudar com as outras dificuldades (monetárias e transporte)...*

E12

- *Já pensei em descansar um bocado, mas não sabia da existência de locais onde a poderia deixar...*
 - *É minha mãe...*
 - *Precisava da visita de um médico. Não tenho direito....*
 - *O meu maior medo é perder o apoio domiciliário, pois sem ele não aguentava...*
 - *Ela já tem muita idade, está-se a tornar muito pesado para mim*
-

E13

- *Tenho mais dificuldades devido á nossa idade, somos os dois velhos...*
- *Aprecio o apoio do enf^o porque a minha mulher está impossibilitada de se deslocar ao centro de saúde...essa é a minha maior dificuldade..*
- *A enfermeira vem todos os dias fazer o penso...*
- *O filho ajuda com os medicamentos, com os banhos e com as consultas*
- *Não foi informada por mim. Foi a minha vizinha que foi lá a uma consulta e disse á enfermeira que a minha tinha vindo para casa sem andar e que eu estava com dificuldades...*
- *Não temos médico de família. As consultas são muito difíceis e virem a casa é impossível. Se quisermos temos que pagar...*
- *As maiores necessidades tem haver com os serviços domésticos e higiene...*

E14

- *Não posso contar com o meu filho. Nós é que tomamos conta dele e da família. Ele não tem juízo...*
- *Não me habituo a cozinhar, está cada vez mais difícil...*
- *Vem avaliar a tensão arterial e dar apoio psicológico. A minha mulher fica muito deprimida...*
- *Aprecio a disponibilidade, a simpatia, o profissionalismo e a conduta perfeita para lidar com os idosos...*
- *O dinheiro da reforma não dá para tudo. Ainda por cima perdemos a isenção...*
- *Não sabíamos que podíamos pedir esses subsídios...*

E 15

- *Não sei a quem recorrer nem como tratar dela. Ando a tirar expectoração com os dedos, mas não me importo....*
 - *Os constrangimentos monetários são a minha principal dificuldade...*
 - *Tive que deixar a minha casa para cuidar da minha mãe...*
 - *Ensinarão-me tudo. A levanta-la para a cadeira, a deita-la. A alimentá-la e como evitar as feridas...*
-

- *Divido as tarefas com a minha esposa. A higiene, a alimentação, os outros cuidados. Ela precisa de ajuda para tudo...*
- *Fui tratar dos papéis para virem cá ajudar na higiene a Coina. Não sabia que havia mais perto. Ninguém me disse nada. Foi o meu vizinho que indicou esta morada...*
- *Já não vem cá ninguém. Para além de ser muito caro, só vinham ao meio dia. Ela não podia estar este tempo toda suja. Eu tinha que a limpar antes. Por isso desisti, fazemos nós....*

E 16

- *Está-se a tornar muito difícil, há medida que a dependência vai aumentando...*
- *Estou a ficar cansada. Não tenho tempo para fazer as minhas coisas. Temos sempre que ir alguma consulta, ao hospital, fazer sangue, ...mas é minha mãe, não tenho outra opção...*
- *Por vezes só uma pessoa não consegue prestar o apoio necessário ao nível dos cuidados de higiene. Ela não colabora nada...*

E17

- *Os meus vizinhos emprestaram-me a cadeira de rodas e dão-me a ajuda necessária. São como se fossem da família...*
- *Não sei onde recorrer e o que é necessário para conseguir apoio...*
- *Preciso de ajuda para tratar dele, sozinha é muito difícil...*
- *Tenho dificuldades nos cuidados de higiene...*

E18

- *Não tenho mais família para além da minha filha. É ela que me ajuda com algum dinheiro...*
 - *O material necessário é muito caro, as pomadas que o medico receita também...*
 - *Estou muito cansada, sabe é que eu sofro do coração...sinto que estou a ficar sem falta de forças para tratar dele...*
 - *Não sabia. Se a sra enfa não me dissesse eu não ia tratar de nada. Vou dizer à minha filha...*
 - *A minha filha e o neto não moram perto. Estão em Sintra...*
-

- *Ele não quer ir para o centro de dia, por isso, enquanto puder vou tratando dele...é o meu dever...*

E19 e E20

- *Tenho dificuldades acrescidos porque tenho o pai e a mãe dependentes, e sou só eu e a minha mulher a tratar dos dois...*
- *Tive que por cá uma mulher em casa para tomar conta da casa. Não os quero por num lar....*
- *Não tratei de nada. Se soubesse que tinha direito já tinha tratado....*
- *Sou filho único. Não têm mais ninguém....*
- *O meu pai é que tomava conta dela. Desde que lhe deu o trombose ainda ficou pior que ela....*

E21

- *Eu é que tenho o dever de tratar dele, já casámos á 60 anos...*
- *Não consigo ir com ele sozinha a lado nenhum. Os bombeiros têm de o carregar pelas escadas, porque moro num 2º andar sem elevador...*
- *A troca das fraldas é muito difícil...*
- *Ajudas suficientes? É claro que não! Agora até nos tiraram a isenção...*
- *Tenho que ir á moita? Pensava que se podia tratar tudo a aqui no centro de saúde....*

E22

- *As filhas têm a vida delas e bebés pequeninos para tomarem conta...*
 - *Agora já me habituei, no inicio foi mais difícil...*
 - *Eu trabalho. Não posso estar o dia inteiro em casa. Ele passa muito tempo sozinho. As sras vão lá dar o banho e levantam-no para a cadeira. Também levam a alimentação. Eu depois deito-o... Gostava que fosse diferente. Mas o dinheiro não chega para tudo. As fraldas são muito caras...*
 - *Tenho que ser eu a assumir, sou a esposa...*
-

E23

- *Não necessito de nenhuma ajuda. A minha mãe ainda colabora muito...*
- *Eu e os meus irmãos conseguimos conciliar os horários...*
- *Eu estou mais presente porque moro com ela....*
- *Avisámos a enfermeira só quando ela precisou de realizar pensos...*

E24

- *A minha mãe está acamada, não posso fazer uma média, porque estou sempre presente...*
- *Não tinha conhecimento dessas unidades. Vou pensar, embora me sinta um pouco como se a estivesse a abandonar...*
- *Não tenho irmãos e os familiares mais próximos não têm condições para cuidar da minha mãe...*
- *Ela tem 89 anos e está acamada...*
- *Fisicamente sinto alguma dificuldade, o meu familiar é uma pessoa acamada*
- *Apreciei a forma eficiente e profissional como a minha mãe foi tratada...*
- *O serviço de enfermagem foi muito bom...*
- *O apoio que tenho é correspondente á verba que consigo disponibilizar...vêm cá a casa tratar da higiene 3x semana. O resto sou eu que faço...*

E25

- *De inicio foi difícil, pois não sabíamos como lidar com a perna amputada, nem onde conseguir os apoios que precisávamos. Agora já está tudo bem...*
- *A família nem sempre está disponível para ir às consultas. As ambulâncias são pagas...*
- *Somos os dois velhos, mas ainda nos ajudamos muito...*

E26

- *A minha irmã mora no Algarve. A minha tia á a minha única ajuda. É ela que dá banho á minha mãe, eu trato da casa, da comida, e do meu pai...*
 - *Há medida que for piorando vou precisar de mais ajuda... não sei do quê ou de quem... não tenho dinheiro para virem cá a casa dar banho...*
 - *Se precisar de os levar ao hospital tenho que pedir dinheiro emprestado. As ambulâncias são caras...*
-

- *Isto não é a algália que saiu? No hospital não me disseram que eu podia mexer nisto. Só me deram esta carta para entregar à enfermeira para trocar a algália daqui a 3 meses....*
- *Eu também já estive internado na psiquiatria com uma depressão. Agora estou melhor....*

E27

- *O tempo é muito pouco porque ela precisa de muita atenção....*
- *Precisava de cuidados de enfermagem de vigilância para saber se está tudo bem com ela e para me informar dos cuidados a ter com ela...*
- *Estava desesperada porque me disseram que como ela não tem médico de família ninguém vinha cá a casa preencher os papeis para a segurança social...*
- *Ela não consegue descer as escadas, tenho que a trazer ao colo ou na cadeira. Ela tem muitas dores...*
- *Foi a enfermeira que me marcou a consulta para o meu pai e que me orientou do que era necessário tratar para a minha mãe ter apoio. Mais ninguém o conseguiu fazer. Estava a entrar em desespero. Estavam sempre a empurrar-me de um lado para o outro...*
- *Uma pessoa quando não dorme, começa a ficar sem paciência e agressiva. Ninguém compreende isso. A minha mãe tem muitas dores e tem medo da noite. Não nos tem deixado dormir...*

E28

- *Neste momento as minhas ajudas são suficientes, mas no fim do verão ela vai ser operada ao joelho e aí já não se vai poder mobilizar nem ajudar nada. Tenho que saber que ajudas é que existem para começar já a tratar...*
- *Tenho que organizar os horários com os meus irmãos, pois todos trabalhamos...*
- *Eu sou a que a acompanho mais, não sei, talvez por ser a única rapariga...*

E29

- *Tenho apoio da higiene 3x por semana...*
 - *A minha prima também me dá algum apoio...*
 - *Sou filho único. Estou á procura de alguém para tomar conta dela durante uns dias. Preciso de descansar.*
-

E30

- *Tenho um vizinho que me abre a porta quando vem o oxigénio e a enfermeira fazer o penso...*
- *A minha amiga só me faz companhia, não ajuda nos cuidados ao meu pai...*
- *Como trabalho, tenho muita dificuldade em conciliar os horários. Não consigo dar resposta a tudo ao mesmo tempo. Ainda por cima, não moramos na mesma casa...*
- *Gostaria de estar mais presente...*
- *O meu primo quando ele não precisava vinha todas as semanas, agora ninguém lhe põe a vista em cima...*
- *Sou filha de criação. Ele não tem mais ninguém...*

E31

- *Não me disseram quando saíu do hospital que não podia estar tanto tempo deitada. Aliás só me disseram para a trazer que tinha alta...*
- *Somos só nós os dois, não temos mais ninguém. Nunca tivemos filhos...*
- *As sras vêm cá lavá-la, mas só quando ela deixa...*
- *Não temos espaço para por mais uma cama aqui no quarto. Dormimos os dois na mesma*

E32

- *Já não tiro férias. Somos casados, tenho que tomar conta dele...*
 - *Sinto-me um pouco sozinha, quase não tenho cá ninguém em casa...*
 - *O espaço da casa não é o ideal. É muito difícil movimentá-lo cá dentro...*
 - *A minha idade também não ajuda...*
 - *O enfermeiro vem cá dar a injeção...*
-

Análise de conteúdo das questões abertas segundo Bardin

	Categorias	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de contexto
A	<u>Dificuldades</u>	Sobrecarga física	Esforço para cuidar	<p>“A minha coluna e o coração já estão muito fraquinhos...o médico da fisioterapia diz que eu estou pior que ele...” (E1)</p> <p>“Sinto-me cansada, já não tenho a energia que tinha há uns anos atrás. Durmo mal durante a noite com a preocupação de a fralda estar toda molhada e passar para a cama. Ele já não sente”... (E1)</p> <p>“A minha maior dificuldade é na mobilização”.</p> <p>“Fisicamente sinto alguma dificuldade, o meu familiar é uma pessoa acamada”</p> <p>“Às vezes não saber o que fazer... a minha mãe é muito pesada (a casa de banho tem uma porta estreita e a cadeira de rodas custa muito a entrar...é tudo á força. Já tenho problemas de coluna e não devia realizar tantos esforços” (E2)</p> <p>“Por vezes doem-me as pernas e a coluna. Já não sou nova...” (E3)</p> <p>“Sinto-me cansada, como se tivesse um mundo às costas...” (E5)</p> <p>“Agora está-se a tornar mais difícil, porque as hérnias não ajudam. Estou há espera de ser operado” (E6)</p> <p>“Estou muito cansado. A idade já não ajuda. Mas também não sei o que é que se poderia fazer mais...” (E6)</p> <p>“Precisa de mim a tempo inteiro, ela já não faz nada sozinha.”</p> <p>“O meu marido está na mesma situação que eu, estamos cansados. Não podemos ir juntos a lado nenhum, nem às festas dos netos. Tem que ir sempre um de cada vez...” (E7)</p> <p>...Tenho muitas dificuldades porque ela está muito dependente” (E7)</p> <p>“Vou continuar até poder. Agora já quase não consigo” (E8)</p> <p>“Ela já tem muita idade, está-se a tornar muito pesado para mim...” (E12)</p> <p>“Tenho mais dificuldades devido á nossa idade, somos os dois velhos...” (E13)</p> <p>“Está-se a tornar muito difícil, há medida que a dependência vai aumentando...” (E16)</p> <p>“Por vezes só uma pessoa não consegue prestar o apoio necessário ao nível dos cuidados de higiene. Ela não colabora nada” (E16)</p> <p>“Estou muito cansada, sabe é que eu sofro do coração...sinto que estou a ficar sem falta de forças para tratar dele...” (E18)</p> <p>“Tenho dificuldades acrescidos porque tenho o pai</p>

				<p>e a mãe dependentes, e sou só eu e a minha mulher a tratar dos dois... (E19, E20)</p> <p>“A minha mãe está acamada, não posso fazer uma média, porque estou sempre presente...ela tem 89 anos e está acamada)” (E24)</p> <p>“Fisicamente sinto alguma dificuldade, o meu familiar é uma pessoa acamada” (E24)</p> <p>“Somos os dois velhos, mas ainda nos ajudamos muito” (E25)</p> <p>“A minha idade também não ajuda...” (E32)</p>
		Sobrecarga física	Cuidados diretos 7	<p>“As minhas maiores dificuldades são para lhe dar banho, trocar as fraldas, vestir e levantar, ele não ajuda nada” (E1)</p> <p>“O que mais me custa é trocar as fraldas...” (E5)</p> <p>“A minha maior dificuldade é na mobilização. Ela é muito pesada e não ajuda nada...” (E11)</p> <p>“As maiores necessidades tem haver com os serviços domésticos e higiene...” (E13)</p> <p>“Tenho dificuldades nos cuidados de higiene...” (E17)</p> <p>Preciso de ajuda para tratar dele, sozinha é muito difícil... (E19)</p> <p>“A troca das fraldas é muito difícil...” (E21)</p>
			Alimentação 1	“Não me habituo a cozinhar, está cada vez mais difícil...” (E14)
			Solidão 2	<p>“às vezes sinto-me sozinha...” (E5)</p> <p>“Sinto-me um pouco sozinha, quase não tenho cá ninguém em casa...” (E32)</p>
B	<u>Suporte equipa saúde</u>		Tratamentos 14	<p>“Vem cá fazer a pica dos diabetes...umas conversam mais um bocado. Outras entram, picam o dedo e vão-se embora” (E1)</p> <p>“Enquanto teve uma ferida no coto, vinham cá muitas vezes. Agora já teve alta...”</p> <p>Faziam o penso, controlavam a diabetes e verificavam a insulina” (E2)</p> <p>“Na altura da amputação iam lá muitas vezes a casa, agora já não. São todas minhas amigas, gosto muito delas...” (E3)</p> <p>“Vinham cá cuidar dos ferimentos...” (E4)</p> <p>“Quando ele se aleijou vinham tratar das feridas, agora só vêm quando os diabetes estão alterados. Eu telefono” (E5)</p> <p>“Vieram cá durante muito tempo dar as injeções há minha esposa...” (E6)</p> <p>“Ajudam-me no que é necessário. Actualmente é só no tratamento das feridas...” (E7)</p> <p>“Elas trocam a algália” (E9)</p> <p>“As enfermeiras vêm cá a casa fazer os curativos a feridas que surgem com alguma regularidade...” (E10)</p> <p>“A enfermeira vem cá a casa mudar a algália e dar injeções...” (E11)</p> <p>“A enfermeira vem todos os dias fazer o penso” (E13)</p> <p>“Vem avaliar a tensão arterial e dar apoio psicológico. A minha mulher fica muito</p>

				<p><i>deprimida... ”(E14)</i> <i>“Avisámos a enfermeira só quando ela precisou de realizar pensos... ” (E23)</i> <i>“O enfermeiro vem cá dar a injeção... ” (E32)</i></p>
			Ensinos 1	<p><i>“Aprecio o esclarecimento dado pela enfermeira e os ensinamentos. Aprendi como se tratava de um doente acamado” (E4)</i></p>
			Apoio 5	<p><i>“O apoio da enfermeira para mim é muito importante. Nem preciso de ir ao médico, falo com ela e ela vem cá a casa ver o j” (E1)</i> <i>“A ajuda da enfermeira foi suficiente. A minha mãe agora já não tem feridas. Acho que já não pode fazer mais nada...” (E2)</i> <i>“Se não fossem as enfermeiras não sabia a quem</i></p>
				<p><i>recorrer por causa da cadeira de rodas. Não conseguia falar com a assistente social” (E3)</i> <i>“Aprecio o apoio do enfº porque a minha mulher está impossibilitada de se deslocar ao centro de saúde...essa é a minha maior dificuldade.” (E13).</i> <i>“ Foi a enfermeira que me marcou a consulta para o meu pai e que me orientou do que era necessário tratar para a minha mãe ter apoio” (. Mais ninguém o conseguiu fazer. Estava a entrar em desespero. Estavam sempre a empurrar-me de um lado para o outro... E27)</i></p>
C	<u>Competências enfermeiro</u>	Competências técnicas	Profissionalismo 5	<p><i>... ”profissionalismo... ”(E2)</i> <i>“Aprecio o profissionalismo ... ” (E10)</i> <i>“O que aprecio é o profissionalismo... ” (E11)</i> <i>“... o profissionalismo ... ” (E14)</i> <i>“...e profissional como a minha mãe foi tratada...” (E24)</i></p>
			Eficiência 1	<p><i>“Apreciei a forma eficiente... ” (E24)</i></p>

			Conduta 2	“O que mais aprecio é o bom atendimento ao doente” (E7) ...”e a conduta perfeita para lidar com os idosos” (E14)
			Ensinos 5	“Ensinaaram-me a cuidar dele...” (E3) “Ensinaaram-me a levantá-lo para a cadeira e a deitá-lo. Quais as posições que tinha que o virar. Também me ajudaram nas consultas com o medico de família e com a assistente social...” (E3) “Viam os meus valores da diabetes e orientavam sobre os cuidados que tinha que ter com a comida. Sou muito controlada...” (E5) “...Explicam-me os tratamentos que fazem às feridas, como é que o viro, onde tenho de por as almofadas...” (E8) “ Ensinaaram-me tudo. A levantá-la para a cadeira, a deitá-la. A alimentá-la e como evitar as feridas...” (E15)
			Competência 1	“O serviço de enfermagem foi muito bom...competente” (E24)
		Competências relacionais	Disponibilidade 5	“...disponibilidade, conversa comigo, é uma amiga. Já cá vem há muitos anos...tenho saudades dela...”(E1) “Disponibilidade,...”(E2) “Um momento para conversar...”(E5) “Aprecio as palavras simpáticas, a disponibilidade” (E8) “Aprecio a disponibilidade, a simpatia, ...” (E14)
			Simpatia 5	“Alivio em saber que está tudo bem, a simpatia...” (E1) “... simpatia...” (E2) “Gostava da simpatia e do apoio” (E5) “... A simpatia...” (E6) “e a simpatia” (E10)
			Apoio 2	“Tenho muitas saudades dela... quando cá vem, conversamos muito. É o meu momento preferido. O J. já não conversa” (E1) “Foram os meus anjos da guarda, bastava telefonar” (E3)
D	<u>Recursos económicos</u>	Défice recursos económicos	Desconhecimento subsídios 2	“Ajudas suficientes? É claro que não! Agora até nos tiraram a isenção...(E21) “Tenho que ir á moita? Pensava que se podia tratar tudo a aqui no centro de saúde....(E21)
			Reformas baixas 9	“Não tenho dinheiro para pagar para virem cá a casa ajudar-me na higiene e na lida da casa. A reforma é pequena, quase não chega para os comprimidos e para as fraldas” (E1) “O dinheiro das reformas quase não chega para as fraldas, apoio domiciliário e a medicação...” “Os apoios económicos não são suficientes”(E5) “Mesmo que quisesse mais apoios o dinheiro não chega para mais...(E6) “ Não disponho de meios económicos para pagar assistência 24h dia. A invalidez do meu familiar implica dependência 100% de terceiros...”(E10). “ O dinheiro da reforma não dá para tudo. Ainda por cima perdemos a isenção...”(E14)

				<p>“Os constrangimentos monetários são a minha principal dificuldade...”(E15)</p> <p>“Não tenho mais família para além da minha filha. É ela que me ajuda com algum dinheiro... O material necessário é muito caro, as pomadas que o medico receita também” (E18)</p> <p>“Mas o dinheiro não chega para tudo. As fraldas são muito caras...(E22)</p> <p>“Se precisar de os levar ao hospital tenho que pedir dinheiro emprestado. As ambulâncias são caras...(E26)</p>
			Desemprego 2	<p>“Não temos dinheiro para mais. Eu estou desempregada, não posso trabalhar para cuidar da minha mãe...” (E2)</p> <p>Não posso contar com o meu pai porque trabalha, é o único que traz dinheiro para casa. Teve que voltar a trabalhar porque já estava reformado” (E2)</p>
E	<u>Envolvimento cuidar</u>		Parentesco direto 5	<p>È minha mãe...já me criou a mim e ao meu filho (E2)</p> <p>“É minha mãe...” (E12)</p> <p>“mas é minha mãe, não tenho outra opção”(E16)</p> <p>“Eu sou a que a acompanho mais, não sei, talvez por ser a única rapariga...(E28)</p> <p>“Sou filho único” (E29)</p>
			Matrimoniais 6	<p>Já estamos casados há uma vida. Casámos para o bem e para o mal. Enquanto puder não peço ajuda...(E1)</p> <p>“Já estamos casados há muito tempo...” (E5)</p> <p>“ Não temos mais ninguém...eu é que sou a mulher dele, é a minha responsabilidade” (E8)</p> <p>“ Eu é que tenho o dever de tratar dele, já casámos á 60 anos...”(E21)</p> <p>“Tenho que ser eu a assumir, sou a esposa...” (E22)</p> <p>“ Somos casados, tenho que tomar conta dele...” (E32)</p>
			Dever/obrigação 5	<p>Agora é a minha vez de retribuir. Não a posso abandonar” (E2)</p> <p>“Já tratei da minha mãe e agora trato do meu pai.</p>
				<p>Não faço mais do que a minha obrigação...”(E4)</p> <p>“Se fosse ao contrário ela também tratava de mim” (E6)</p> <p>“É o meu dever de esposa...” (E9)</p> <p>“Ele não quer ir para o centro de dia, por isso, enquanto puder vou tratando dele...é o meu dever...”(E18)</p>
			Parentesco afastado 1	<p>“Sou filha de criação. Ele não tem mais ninguém...”(E30)</p>
			Inevitabilidade	<p>“Não tenho mais familiares que me possam</p>

			3	<p>ajudar” (E7)</p> <p>“Sou filho único. Não têm mais ninguém”(E19, E20)</p> <p>“Eu estou mais presente porque moro com ela....(E23)</p>
F	<u>Redes de apoio</u>	Formal	<p>Equipa multidisciplinar 8</p>	<p>“Precisava de uma assistente social, mas já me disseram que agora o centro saúde não tem nenhuma” (E2)</p> <p>“Gosto muito do meu médico de família...” (E5)</p> <p>“Fui ao hospital por causa das feridas na pele. Não quiseram saber. Disseram que era do calor” (E8)</p> <p>“A minha mãe está nesta situação há dois anos. Não tenho médico de família, por isso quando é necessário tenho de recorrer ao privado...(E10)</p> <p>O apoio da equipa de enfermagem é suficiente, já não posso dizer o mesmo relativamente ao apoio médico...</p> <p>“As ajudas dificilmente serão suficientes para uma pessoa que cuida de um familiar com uma grande dependência...”</p> <p>“As despesas são muitas e não são comparticipadas...”</p> <p>“Precisava da visita de um médico de família sem ter de pagar...” (E10)</p> <p>“...são suficientes, a enfermeira não me pode ajudar com as outras dificuldades (monetárias e transporte)”(E11)</p> <p>“Precisava da visita de um médico. Não tenho direito”(E12)</p> <p>“Não temos médico de família. As consultas são muito difíceis e virem a casa é impossível. Se quisermos temos que pagar...(E13)</p>
			Bombeiros 1	<p>“Os bombeiros têm de o carregar pelas escadas, porque moro num 2º andar sem elevador “(E21)</p>
			Apoio domiciliário 6	<p>“Ajudam na higiene e nas refeições”(E6)</p> <p>“O meu maior medo é perder o apoio domiciliário, pois sem ele não aguentava...(E12)</p> <p>“Já não vem cá ninguém. Para além de ser muito caro, só vinham ao meio dia. Ela não podia estar este tempo toda suja. Eu tinha que a limpar antes. Por isso desisti, fazemos nós....” (E15)</p> <p>“As Sras. vão lá dar o banho e levantam-no para a cadeira. Também levam a alimentação. Eu depois deito-o...”</p> <p>“O apoio que tenho é correspondente á verba que consigo disponibilizar...vêm cá a casa tratar da higiene 3x semana. O resto sou eu que faço” (E24)</p> <p>“Tenho apoio da higiene 3x por semana...” (E29)</p> <p>“Somos só nós os dois, não temos mais ninguém. Nunca tivemos filhos...”</p> <p>“As sras vêm cá lavá-la, mas só quando ela deixa...” (E31)</p>
	<u>Redes de apoio</u>	Informal	Família 21	<p>“A minha irmã trabalha em Lisboa e faz turnos de 12h. Ainda me deixa cá o filho porque só tem 15 meses...” (E2)</p> <p>“Os filhos moram longe...têm a vida organizada.</p>

				<p><i>Vêm aos fins de semana quando podem. Não têm condições para o ter em casa porque trabalham. A obrigação é minha” (E3)</i></p> <p><i>“Neste momento as minhas ajudas são as suficientes, o meu pai já não tem feridas. Eu e minha mulher conseguimos dividir o trabalho...”</i></p> <p><i>“Eu acompanho-o á hemodiálise e a levantar e a deitar. A minha mulher trata da higiene e da alimentação. Eu ainda trabalho, não posso estar sempre presente” (E4)</i></p> <p><i>“Os filhos não estão disponíveis, um está no estrangeiro e os outros dois estão desempregados. Mas moram perto...” (E5)</i></p> <p><i>“Os meus filhos vão ás compras”(E6)</i></p> <p><i>“Os filhos só podem ficar com ela quando estão de férias, porque trabalham...”(E6)</i></p> <p><i>“ Não tenho vizinhos e os meus filhos só vêm quando é para ir ao hospital...Todos trabalham ... (E9)</i></p> <p><i>“Tenho uma amiga que costuma vir para ao pé de mim, mas não é para me ajudar. É para me fazer companhia...</i></p> <p><i>“A minha filha é que me ajudava, mas agora casou e foi morar para mais longe...(E11)</i></p> <p><i>“O filho ajuda com os medicamentos, com os banhos e com as consultas” (E13)</i></p> <p><i>“Não posso contar com o meu filho. Nós é que tomamos conta dele e da família. Ele não tem juízo ...” (E14)</i></p> <p><i>“Divido as tarefas com a minha esposa. A higiene, a alimentação, os outros cuidados. Ela precisa de ajuda para tudo...(E15)</i></p> <p><i>“A minha filha e o neto não moram perto. Estão em Sintra”(E18)</i></p> <p><i>“O meu pai é que tomava conta dela. Desde que lhe deu o trombose ainda ficou pior que ela....” (E19, E20)</i></p> <p><i>“As filhas têm a vida delas e bebês pequeninos para tomarem conta...” (E22)</i></p> <p><i>“ consigo articular os horários com os meus irmãos” (E23)</i></p> <p><i>“Não tenho irmãos e os familiares mais próximos não têm condições para cuidar da minha mãe” (E24)</i></p> <p><i>“A família nem sempre está disponível para ir às consultas. As ambulâncias são pagas...(E25)</i></p> <p><i>“A minha irmã mora no Algarve. A minha tia á a minha única ajuda. É ela que dá banho á minha mãe, eu trato da casa, da comida, e do meu pai...” (E26)</i></p> <p><i>“A minha prima também me dá algum apoio...(E29)</i></p> <p><i>“Somos só nós os dois, não temos mais ninguém. Nunca tivemos filhos...”(E31)</i></p>
			Vizinhos 4	<p><i>“As minhas vizinhas ajudam-me a fazer a mudança da roupa da cama, a ir às compras. Também ficam com ele quando preciso de ir a algum lado ...”</i></p>

























				<p>(E3) <i>“Não foi informada por mim. Foi a minha vizinha que foi lá a uma consulta e disse á enfermeira que a minha tinha vindo para casa sem andar e que eu estava com dificuldades...” (E13)</i> <i>“ Os meus vizinhos emprestaram-me a cadeira de rodas e dão-me a ajuda necessária. São como se fossem da família...”(E17)</i> <i>“Tenho um vizinho que me abre a porta quando vem o oxigénio e a enfermeira fazer o penso...(E29)</i></p>
			Amigos 3	<p><i>“Enquanto os meus amigos me ajudarem não posso queixar...” (E3)</i> <i>“Os amigos estão todos na mesma situação que nós... todos velhos e já sem forças...” (E6)</i> <i>“A minha amiga só me faz companhia, não ajuda nos cuidados ao meu pai...”(E29)</i></p>
G	<u>Preocupações</u>	Medo	Não saber cuidar 3	<p><i>“Eu é que trato dela. Aplico creme no calcanhar, mas agora ela diz que lhe dói e já não sei o que fazer...” (E2)</i> <i>“ Agora já me habituei, no início foi mais difícil...” (E22)</i> <i>“Precisava de cuidados de enfermagem de vigilância para saber se está tudo bem com ela e para me informar dos cuidados a ter com ela...”(E27)</i></p>
			Continuidade cuidados 3	<p><i>“Não confiamos nos lares, já pensámos nisso, mas desistimos da ideia...” (E7)</i> <i>“O meu maior medo é perder o apoio domiciliário, pois sem ele não aguentava...”(E12)</i> <i>“Estou á procura de alguém para tomar conta dela durante uns dias. Preciso de descansar.”(E29)</i></p>
H	<u>Condições habitacionais</u>		Infra-estruturas desadequadas 9	<p><i>“ajudar a descer as escadas com a cadeira de rodas. Isto é um segundo andar sem elevador e a minha mãe é muito pesada...” (E2)</i> <i>“Para um 4º andar sem elevador, e ainda por cima com escadas para o quarto e para a casa de banho (E3)</i> <i>“Não consigo olhar para a casa, porque já não tem o asseio que era habitual, já nem vou ao quintal...(E8).</i> <i>“Não consigo ir com ele sozinha a lado nenhum” (E 21)</i> <i>“Os bombeiros têm de o carregar pelas escadas, porque moro num 2º andar sem elevador” (E21)</i> <i>Ela não consegue descer as escadas, tenho que a trazer ao colo ou na cadeira. Ela tem muitas dores (E27)</i> <i>“Moramos no último andar, não temos elevador. Ela não pode sair de casa” (E31)</i> <i>“Não temos espaço para por mais uma cama aqui no quarto. Dormimos os dois na mesma”(E31)</i> <i>“O espaço da casa não é o ideal. É muito difícil movimentá-lo cá dentro” (E32)</i></p>
			Deficientes condições	<p><i>“A casa não tem condições que permitam outras pessoas tratar dele. Tenho vergonha que cá</i></p>

			habitacionais 3	venham” (E9) “Não tenho condições para me ajudarem a minha casa não presta” (E9) “Agora faço um esforço maior porque não quero que vão lá a casa por causa das condições serem muito más. É pior para mim, mas já estou habituada”(E9)
I	<u>Expectativas futuras</u>		Cuidar 8	“Se me acontecer alguma coisa levem-nos para um lar, mas por favor temos que ficar juntos...” (E3) “Gostava de ter mais tempo...”(E4) “ Não era capaz de me separar dele. Já estamos juntos há mais de 50 anos... Querira ir para o lar com ele. Já não tenho forças para continuar sozinha” (E8) “ se ele quisesse ir para o lar...” (E9) “ Gostava que fosse diferente” (E22). “Gostaria de estar mais presente...”(E30)
J	<u>Défice conhecimentos</u>		Recursos comunitários 10	“ Não conheço nenhum sítio onde a possa deixar para descansar...(E10) “Já pensei em descansar um bocado, mas não sabia da existência de locais onde a poderia deixar...”(E12) “Precisava da visita de um médico. Não tenho direito....”(E12) “Não sei a quem recorrer...” (E15) “Fui tratar dos papéis para virem cá ajudar na higiene a Coína. Não sabia que havia mais perto. Ninguém me disse nada. Foi o meu vizinho que indicou esta morada... (E15) “Não sei onde recorrer e o que é necessário para conseguir apoio...”“(E17) “Não sabia. Se a sra enfª não me dissesse eu não ia tratar de nada. Vou dizer à minha filha...(E18) “Não tinha conhecimento dessas unidades. Vou pensar, embora me sinta um pouco como se a estivesse a abandonar...” (E24) “Há medida que for piorando vou precisar de mais ajuda... não sei do quê ou de quem... não tenho dinheiro para virem cá a casa dar banho...” (E26) “Neste momento as minhas ajudas são suficientes, mas no fim do verão ela vai ser operada ao joelho e aí já não se vai poder mobilizar nem ajudar nada. Tenho que saber que ajudas é que existem para começar já a tratar...”(E28)
			Recursos financeiros 3	“Não sabíamos que podíamos pedir esses subsídios (E14) “Não tratei de nada. Se soubesse que tinha direito já tinha tratado....(E19, E20) ““Tenho que ir á moita? Pensava que se podia tratar tudo a aqui no centro de saúde....” (E21)
			Cuidados diretos ao familiar 6	“Não sabia como pegar nela ao colo, sem fazer muita força. Aprendi a passá-la para a cadeira de rodas e a deitá-la. Tive que aprender” (E6) “...nem como tratar dela. Ando a tirar expectoração com os dedos, mas não me importo....(E15)

				<p><i>“De início foi difícil, pois não sabíamos como lidar com a perna amputada, nem onde conseguir os apoios que precisávamos. Agora já está tudo bem...” (E25)</i></p> <p><i>“Isto não é a algália que saiu? No hospital não me disseram que eu podia mexer nisto. Só me deram esta carta para entregar à enfermeira para trocar a algália daqui a 3 meses....”(E26)</i></p> <p><i>“Não me disseram quando saiu do hospital que não podia estar tanto tempo deitada. Aliás só me disseram para a trazer que tinha alta...” (E31)</i></p>
K	<u>Vida Social e profissional</u>	Alteração vida social e profissional	Cuidador 11	<p><i>“Não tenho férias e não quero sobrecarregar a minha filha e os netos...” (E1)</i></p> <p><i>“ Preciso de férias, nem que sejam só oito dias... (E7)</i></p> <p><i>“Gostava de ir acampar um fim de semana em Julho com a minha família, mas não tenho com quem a deixar...” (E11)</i></p> <p><i>“Tive que deixar a minha casa para cuidar da minha mãe...(E15)</i></p> <p><i>“ Estou a ficar cansada. Não tenho tempo para fazer as minhas coisas. Temos sempre que ir alguma consulta, ao hospital, fazer sangue, ... (E16)</i></p> <p><i>“ Tive que por cá uma mulher em casa para tomar conta da casa. Não os quero por num lar.... ” (E19, E20)</i></p> <p><i>“Eu trabalho. Não posso estar o dia inteiro em casa. Ele passa muito tempo sozinho” (E22)</i></p> <p><i>“ Tenho que organizar os horários com os meus irmãos, pois todos trabalhamos...” (E29)</i></p> <p><i>“ Como trabalho, tenho muita dificuldade em conciliar os horários. Não consigo dar resposta a tudo ao mesmo tempo. Ainda por cima, não moramos na mesma casa”(E30)</i></p> <p><i>“ Já não tiro férias.. ” (E32)</i></p>
L	<u>Sobrecarga psicológica</u>		Perda iminente 3	<p><i>“Estava desesperada porque me disseram que como ela não tem médico de família ninguém vinha cá a casa preencher os papéis para a segurança social...” (E27)</i></p> <p><i>“ Uma pessoa quando não dorme, começa a ficar sem paciência e agressiva. Ninguém compreende isso. A minha mãe tem muitas dores e tem medo da noite. Não nos tem deixado dormir (E27)</i></p> <p><i>“ O tempo é muito pouco porque ela precisa de muita atenção.... ” (E27)</i></p>

Apêndice VI - Relação estabelecida entre os *stressores* identificados, os objetivos/metass operacionais estabelecidos e as atividades planejadas

Inter-relação entre diagnósticos, níveis de prevenção e atuação, metas e atividades

DIAGNÓSTICOS	NÍVEL DE PREVENÇÃO	NÍVEL ATUAÇÃO	METAS/OBJETIVOS OPERACIONAIS	ATIVIDADES
 <u>Invasão da LND por défice de conhecimentos:</u> a) Cuidados gerais ao idoso dependente b) Recursos existentes na comunidade	Prevenção secundária	Intra-sistema	Que os FC conheçam pelo menos 2 posições corretas de biomecânica e 2 posicionamentos  	Guia orientador do FC na comunidade  
		Inter-sistema	Que os FC refiram pelo menos, 1 alternativa para manutenção da sua vida social  	Sessões educativas FC: “Cuidar + ... e melhor”  
			Que os FC mencionem pelo menos, 1 instituição de SAD e 1 de aluguer, empréstimo ou venda de material de apoio  	Parceria com CLDS Moita, UCC Beira Tejo, UCC Saúde na Rua, CRIVA, Junta Freguesia 
			Que os FC refiram pelo menos, 3 medidas específicas de cuidados diretos ao idoso dependente 	
 <u>Invasão da LND por falta:</u> a) Apoio formal b) Apoio informal	Prevenção secundária		Que os FC identifiquem pelo menos, 2 tipos de produtos de apoio 	Sensibilização dos enfermeiros
			Estabelecer parcerias com no mínimo, 2 parceiros na comunidade 	Formação equipamento alívio pressão e produtos de apoio
		Extra-sistema	Que em 2013 cerca de 25% das VD da UCSP A.Vedros sejam para promoção da saúde  Aumentar para 25% o número de VD realizadas com outros profissionais  Que os FC refiram pelo menos 1 medida de apoio social  	Formação UCC   Linha telefónica de atendimento FC  

Apêndice VII – Planos operacionais das sessões realizadas

Plano operacional da sessão educativa “Cuidar + ... e melhor!”

ATIVIDADE	Sessão educativa “Cuidar + ... e melhor!”
QUEM	Enfermeira, Medica de família, Assistente social
QUANDO	De Outubro a Dezembro 2012
ONDE	Domicílio
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e desenvolvimento do tema• Disponibilizar o Guia, o cartão e alguns panfletos• Esclarecimento de dúvidas
OBJETIVOS	<p><u>Que 50% dos FC:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Demonstre pelo menos, 3 medidas específicas sobre cuidados diretos idoso• Identifique pelo menos, dois tipos de produtos apoio idoso e/ou FC• Execute corretamente pelo menos, 2 posições de biomecânica e 2 posicionamentos• Mencione pelo menos, uma instituição de SAD e uma de empréstimo, aluguer e venda de material de apoio• Identifique pelo menos, uma alternativa para manutenção da vida social• Refira pelo menos, uma medida apoio social
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Questionário de avaliação• Grelha de observação

Plano operacional da atividade “Guia orientador do FC na comunidade”

ATIVIDADE	Guia Orientador do FC de idosos dependentes na comunidade
QUEM	Enfermeira Deolinda
QUANDO	De Outubro a Dezembro 2012
ONDE	Entrega do Guia no domicílio ou na UCSP
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos conteúdos do guia aos FC e distribuição de acordo com as necessidades identificadas• Esclarecimento de dúvidas sobre o guia
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Fornecer informações úteis e práticas dos recursos e apoios existentes na comunidade, assim como, dos cuidados gerais ao idoso dependente• Fortalecer relação do FC com a equipa de saúde
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Frases valorativas dos FC sobre o guia – indicador resultado• Número de guias entregue – indicador processo

Plano operacional da atividade “Linha telefónica de apoio ao FC”

ATIVIDADE	Linha Telefónica de apoio ao FC
QUEM	Enfermeira Deolinda
QUANDO	Em Funcionamento desde de Novembro de 2012
ONDE	UCSP Alhos Vedros
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de cartaz informativo e afixação na UCSP A. Vedros• Elaboração de um cartão para o FC com os contactos, o enfermeiro de referência e o horário de atendimento• Divulgação e entrega do cartão aos FC
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar o acesso dos FC à equipa multidisciplinar e aos cuidados de saúde• Melhorar o apoio ao FC através do esclarecimento de dúvidas/receios
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Número de telefonemas recebido – <u>indicador de processo</u>• Satisfação dos utentes – Indicador de resultado – frases valorativas

Plano operacional da atividade “estabelecimento de parcerias com instituições de apoio formal e informal da comunidade”

ATIVIDADE	Parcerias com instituições de apoio formal e informal da comunidade
QUEM	Enfermeira Deolinda
QUANDO	De Outubro a Dezembro 2012
ONDE	Múltiplos locais
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Agendamento de reuniões com possíveis parceiros• Apresentação dos conteúdos do Projeto de estágio e dos objetivos• Articulação com as instituições para melhorar os cuidados prestados aos FC de pessoas idosas dependentes no domicílio• Organização de um dossier com os recursos da comunidade para consulta dos profissionais da UCSP A. Vedros
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Otimizar a rede formal e informal de apoio ao FC• Estabelecer parcerias com no mínimo 2 parceiros na comunidade• Aumentar para 25% o nº de VD realizadas em conjunto com outros Profissionais no ano de 2013
AValiação	<ul style="list-style-type: none">• Número de visitas domiciliárias realizadas com outros profissionais - processo• Número de utentes encaminhados pelos parceiros – processo• Número de parcerias estabelecidas

Plano da sessão “Equipamentos de alívio de pressão e ajudas técnicas”

ATIVIDADE	Sessão “Equipamento alívio de pressão e ajudas Técnicas”
QUEM	Sr. João Damas e Sr. Paulo Real (Vilsad)
QUANDO	6 Novembro 2012
ONDE	Sala Reuniões da UCSP Alhos Vedros
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo e interrogativo, com recurso a diversos materiais de alívio pressão e produtos de apoio• Explicação e entrega de blocos com a escala de Norton e Braden, panfletos e catálogos• Incentivo da participação ativa dos profissionais
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Que 90% dos enfermeiros consigam identificar pelo menos 3 tipos de dispositivos para alívio de pressão• Que 90% dos enfermeiros identifique 3 tipos de produtos apoio• Que 90% dos enfermeiros consiga identificar 2 escalas de avaliação de risco de úlcera de pressão
AValiação	<ul style="list-style-type: none">• Questionário de avaliação da sessão• Índice de participação

**Apêndice VIII – Plano de formação, diapositivos e questionário de avaliação da sessão
informativa dos Profissionais de Saúde**

Plano operacional da “sessão informativa dos Profissionais de Saúde”

ATIVIDADE	Sessão informativa dos enfermeiros
QUEM	Enfermeira Deolinda
QUANDO	9 Outubro 2012
ONDE	Sala Reuniões da UCSP Alhos Vedros
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo com recurso a diapositivos para apresentação do percurso realizado e dos resultados obtidos• Incentivo da participação ativa dos profissionais
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar os profissionais da UCSP Alhos Vedros para a importância da capacitação dos familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio• Sensibilizar os profissionais para a importância da otimização de uma rede de apoio a estes familiares• Comunicar os resultados alcançados na fase de diagnóstico da situação• Incentivar a identificação e apropriação do projeto pelos profissionais para assegurar a sua continuidade• Incentivar a discussão sobre propostas de intervenção e novas sugestões
AValiação	<ul style="list-style-type: none">• Questionário de avaliação da sessão• Nº participantes programados/nº total participantes

Diapositivos utilizados na sessão informativa dos Profissionais de saúde

Instrumento de avaliação da sessão informativa

3ª CURSO DE MESTRADO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA					
Avaliação da sessão informativa					
Título: Necessidades do Familiar Cuidador de pessoa idosa dependente no domicílio: Otimização de uma rede de apoio					
Conjunto de parâmetros a avaliar numa escala de 1 a 5 valores (1 – Nada; 5 – Totalmente)					
Relativamente aos conteúdos e métodos, considera que:					
	1	2	3	4	5
Os conteúdos da sessão são relevantes e úteis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tema foi apresentado de forma coerente e estruturada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O método utilizado foi adequado ao tema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A duração da sessão foi adequada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestões ----- -----					
Muito obrigado					

Apêndice IX – Guia Orientador do FC na Comunidade



GUIA ORIENTADOR DO FAMILIAR CUIDADOR DE IDOSOS DEPENDENTES NA COMUNIDADE



ALHOS VEDROS
2012

ÍNDICE

- 1 – QUEM SOMOS
- 2 – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO NA COMUNIDADE
- 3 – AJUDAS TÉCNICAS/PRODUTOS DE APOIO
- 4 – OUTROS APOIOS
- 5 - CUIDADOS GERAIS AO IDOSO DEPENDENTE
- 6 – BREVES CONCEITOS DE MECÂNICA CORPORAL
- 7 - BIBLIOGRAFIA

1 – QUEM SOMOS

A Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) de Alhos vedros é constituída por 5 Médicos de família, 6 Enfermeiros, 5 Assistentes técnicas e 2 Assistentes operacionais.

- Coordenadora: Dra. Massilda Pacheco
- Interlocutora Enfermagem: Enf^ª. Ana Paula Carregosa
- Assistente técnica Responsável: Etelvina Almeida

Horário funcionamento: 08:00 às 19:00 de segunda a sexta-feira

1.1 PROJETO CUIDAR ⁺

Responsável: Enfermeira Deolinda Caxaria

✓ **Visita domiciliária:**

- Tratamentos/injetáveis
- Orientação cuidados aos utentes dependentes no domicílio
- Encaminhamentos: Instituições de saúde, Instituições sociais, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, entre outros ...
- Consulta médica

Requisitos:

- Inscrição na UCSP de Alhos Vedros

Contactos:

Telefone: 212029470

Fax:212029471

E-mail: av_tratamentos@csmoita.min-saude.pt

Morada: Largo da Graça – Alhos Vedros

Horário de atendimento ao familiar cuidador: 09:00 às 16:00 de segunda a sexta-feira

2 – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO NA COMUNIDADE

Existem várias instituições que lhe podem prestar o auxílio de que necessita:

2.1- CANTINHO DOS AVÓS

- Responsável – D. Justina Campos

- Diretora clínica: Dra. Erica Marcelina

- Morada: R. José Afonso nº 32 - Moita

- Telefone: 936757067/933046667

- E-mail: cantinho.dos.avos.sad@gmail.com

- Área de abrangência: Concelho da Moita

- Serviços disponíveis:

- ✓ Serviço de enfermagem
- ✓ Cabeleireiro, pedicura e manicura ao domicílio
- ✓ Fisioterapia, terapia da fala e homeopatia ao domicílio
- ✓ Serviço de apoio domiciliário (8:00 às 22:00 de segunda a domingo com exceção

Natal e Ano Novo):

- Higiene pessoal e conforto
- Alimentação
- Limpeza da habitação (quinzenal)
- Tratamento da roupa
- Compras e diligências de saúde

- Documentos necessários:

- Fotocópias (Bilhete identidade, Cartão contribuinte, Cartão médico)
- Declaração médica: resumo história clínica e comprovativa de ausência de doença infecto-contagiosa

2.2– CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DA PAZ

- Responsável: Dra. Rute Ramos

- Morada: Rua Fernando Pessoa, bloco Q nº 10 r/c – Quinta da Fonte da Prata

- Telefone: 212892676

- Área de abrangência: Concelho da Moita

- Serviços disponíveis:

- ✓ Apoio assistente social e psicóloga
- ✓ Serviço de apoio domiciliário (das 8:00 às 17:00 de segunda a domingo)
 - Higiene pessoal e conforto
 - Higiene habitacional
 - Alimentação
 - Acompanhamento a consultas e exames
 - Gestão da medicação

- Documentos necessários:

- Fotocópias do Bilhete de Identidade, número de contribuinte e cartão do centro de saúde

Nota: Serviço participado pela segurança social.

Em caso de dúvidas, contacte-nos.

2.3- CRIVA – SERVIVALE

- Responsável – Dra. Rita Ricardo

- Morada: Largo das Dálias, Blc. 52-54 /2835-204 Vale da Amoreira

- Telefone: 212039198 - Fax: 212039113 - Tlm.: 936992957

- E-mail: criva.coordenacao.idosos@gmail.com

- Área de abrangência: Concelho da Moita e Barreiro

- Serviços disponíveis:

- ✓ Centro de convívio
- ✓ Centro de dia
- ✓ Televigilância 24h
- ✓ Serviço de apoio domiciliário (24h dia):
 - Higiene pessoal e conforto
 - Alimentação e vigilância
 - Limpeza da habitação e da roupa
 - Compras e diligências de saúde

- Documentos necessários:

- Fotocópias (Bilhete identidade, Cartão contribuinte, Cartão médico, documento comprovativo de rendimentos do agregado familiar/IRS e nota de liquidação)
 - Declaração de farmácia com despesa média mensal, de acordo com prescrição
 - Declaração médica: resumo historia clinica e medicação de doença crónica prescrita, dos cuidados a ter com a alimentação por motivos de saúde, alergias ou outras situações específicas e comprovativa de ausência de doença infecto-contagiosa
-

2.4 – LAR D. PEDRO – ALHOS VEDROS

- Responsável – Dra. Patrícia Xavier

- Morada: Rua 5 de Outubro – Alhos Vedros

- Telefone: 212099755

FAX: 212099756

- E-mail: scmavo4@sapo.pt

- Área de abrangência: Concelho da Moita e Barreiro

- Serviços disponíveis:

✓ Centro de dia

✓ Lar

✓ Serviço de apoio domiciliário (07.30 às 23:30 de 2ª a domingo):

- Higiene pessoal e conforto
- Alimentação e diligências
- Higiene habitacional
- Tratamento de roupas
- Compras e diligências de saúde
- Apoio e vigilância noturna

- Documentos necessários:

- Fotocópias (Bilhete identidade, Cartão contribuinte, Cartão médico, documento comprovativo de rendimentos do agregado familiar/IRS e nota de liquidação)
- Declaração médica: resumo historia clinica e medicação de doença crónica prescrita, dos cuidados a ter com a alimentação por motivos de saúde, alergias ou outras situações específicas e comprovativa de ausência de doença infecto-contagiosa

- Atendimento ao público:

- Terça-feira das 10:00 às 12:30 h

3 – AJUDAS TÉCNICAS/PRODUTOS DE APOIO

"Qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das actividades e restrições na participação" (Norma ISO 9999:2007).

Escolher um produto de apoio é um processo que deve ser feito de uma forma cuidada, reflectida e rigorosa, assim, antes de adquirir qualquer tipo de equipamento aconselhe-se junto do profissional de saúde.

3.1 – Instituições que disponibilizam material por empréstimo

✓ **Banco de ajudas técnicas da Santa casa da Misericórdia**

- Morada: R. 5 de Outubro – Alhos Vedros
- Coordenadora: Dra. Sónia
- Responsável – D. Ana Quental
- Contacto: 212099470
- Área de abrangência: Concelho da Moita
- Material disponível para empréstimo (limitado ao stock existente):
 - Camas articuladas
 - Colchões anti-escaras
 - Cadeiras de rodas
 - Canadianas
 - Andarilhos
 - Calcanheiras, cotoveleiras
 - Almofadas de gel
- Documentos necessários:
 - Fotografia atual ou cópia da fotografia do Bilhete de identidade
 - Bilhete de identidade
 - Número de contribuinte

- Cartão pensionista
- Cartão de utente do centro de saúde
- Comprovativo do valor da pensão
- Relatório do médico (entregar posteriormente)
- Bilhete de identidade e contribuinte da pessoa responsável

3.2 – Instituições que alugam e vendem material

✓ **Liga dos amigos Centro Hospitalar Barreiro/Montijo**

- Morada: Avenida das forças armadas (Hospital Barreiro)
- Horário atendimento: segunda a sexta-feira das 09:30/12:30 e das 14:00 às 17:00
- Responsável : Maria Leonor Castro – Vice-presidente
- Contacto: 212147300
- E-mail: direccao@lahdbarreiro.pt
- Área de abrangência: Concelho do Barreiro, Moita e Montijo
- Material disponível para aluguer (limitado ao stock existente):
 - Colchões anti-escaras
 - Camas articuladas
 - Cadeiras de rodas
 - Canadianas
 - Andarilhos
- Documentos necessários:
 - Fotocópia Bilhete de Identidade e número de contribuinte

Nota: O empréstimo de material está sujeito ao pagamento de uma caução e mensalidade, que varia de acordo com o equipamento pretendido

✓ **Miminho aos avós – conforto e higiene**

- Gerente: Ana Dimas
- Responsável: D. Rute
- Morada: Avenida Luís de Camões, nº8. 2870-163 Montijo
- Telefone/Fax- 212322036 Tlm.: 918700250
- E-mail: miminhosaosavos@gmail.com
- Material disponível:
 - Camas articuladas
 - Todo o tipo de cadeiras de rodas
 - Ajudas técnicas de Marcha e banho
 - Artigos para incontinentes e acamados

✓ **Vilsad – aluguer e venda de equipamentos para pessoas com dependência**

- Responsável: Sr. João Damas
- Morada: Rua Miguel Bombarda, 173 – Barreiro
- Telefone: 211823412
- E-mail: vil.sad@hotmail.com
- Material disponível:
 - Camas articuladas
 - Cadeiras de rodas
 - Andarilhos
 - Canadianas
 - Cadeiras de banho
 - Material anti-escaras

Nota: O empréstimo de material está sujeito ao pagamento de uma mensalidade, que varia de acordo com o equipamento pretendido.

4 – OUTROS APOIOS

- Apoios sociais

- ✓ **Complemento solidário do idoso** (Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro medico família/segurança social)
- ✓ **Prestação social de Complemento por dependência** – (Decreto-lei nº 265/99 de 14 Julho)
- ✓ **Isenção taxas moderadoras por incapacidade** – atestado multiusos (delegado saúde)

- CRIVA/SERVIVALE

- ✓ **Gabinete 65+** - prestação de apoio no preenchimento de formulários para vários fins (exemplo: requisição de apoios económicos)
- ✓ **Cantinas sociais** – 1 refeição por dia
- ✓ **Atividades culturais para a comunidade** – excursões e passeios, bailes na última 6ª f de cada mês (biblioteca do Vale da Amoreira)

- Unidade Cuidados Comunidade “Saúde á Beira Tejo” - Moita

Morada:

Contactos: 212806480

E-mail: ucc.sbeiratejo.coord@arslvt.min-saude.pt

Responsável: Enfermeira Ana Maronel

- ✓ Visita médica ao domicílio (Utentes com dependência, sem médico de família)
- ✓ Rede nacional de cuidados continuados integrados (cuidados continuados, cuidados paliativos e descanso do cuidador (até 90 dias por ano)

- Unidade Cuidados Comunidade “Saúde na Rua” – Vale da Amoreira

Morada: R. João Villaret nº 28-35 – Vale da Amoreira

Contactos: 212029040

E-mail: ucc.sauderua@arslvt.min-saude.pt

Responsável: Enfermeira Mafalda Rosa

- ✓ Rede nacional de cuidados continuados integrados (cuidados continuados, cuidados paliativos e descanso do cuidador (até 90 dias por ano)
- ✓ Horário: 08:00 às 18:00

- Contrato Local Desenvolvimento Social - CLDS Moita

Morada: R. Afonso de Albuquerque (antigo mercado) – Alhos Vedros

Responsável: Dra. Graça Vida

Contactos: 212027008

E-mail: clds.moita@gmail.com

- ✓ **Projeto “entre nós”**
 - Loja social
 - Actividades culturais para a comunidade (Gestão stress famílias, gestão doméstica, Tecnologias de informação e comunicação, entre outros

- Análises Clínicas ao domicílio

- ✓ **Laboratório Bernardina Salgado Sanches**

Morada: Avenida Bela Rosa nº 6 R/C – Alhos Vedros

Contactos: 212029370

Horário: 08:30 às 10:00 de segunda a sexta-feira

- ✓ **Clinica SAS**

Morada: Avenida General Humberto Delgado nº 20 - Alhos vedros

Contactos: 212040140

Horário das Colheitas: 09:30 às 10:30

Nota: O serviço de análises clínicas ao domicílio encontra-se disponível em vários laboratórios do concelho da Moita. Informe-se!

5 - CUIDADOS GERAIS AO IDOSO DEPENDENTE

✓ Alimentação e hidratação

Os indivíduos portadores de doença ou deficiência ou em situação de aca necessitam de uma alimentação adequada. Deve englobar proteínas (carne, peixe, grão, feijão, frutos secos), vitaminas principalmente a C (laranjas, limão, banana, kiwi legumes de folha verde, entre outros), hidratos carbono (pão, massas, arroz).



A ingestão hídrica (água) é fundamental para manter uma pele bem hidratada.

✓ Cuidados e Vigilância da pele



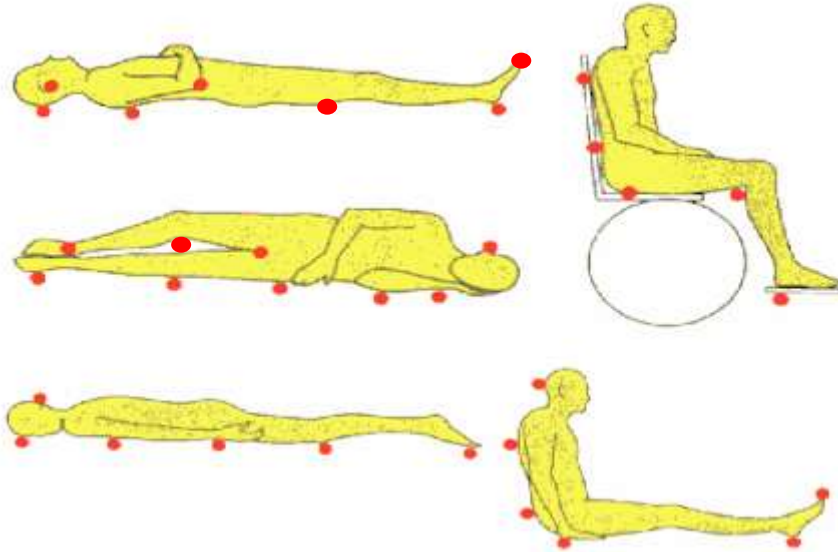
A avaliação da pele é essencial para prevenir atempadamente danos causados por pressão. Assim, deve:

- Lavar bem as mãos, antes e depois de prestar cuidados ao seu familiar
- Inspeccionar a pele regularmente quanto a zonas de rubor (
- A inspecção da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema (inchaço) ou tumefacção (rigidez)
- Pedir a colaboração do idoso na identificação de possíveis áreas de desconforto ou dor que possam estar associadas a danos causados por pressão
- Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devidos a dispositivos médicos. (como dispositivos urinários, sondas de alimentação, ...)
- Sempre que possível não posicione o idoso numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada (vermelha)
- Lavar com água e sabão neutro. Secar a pele sem friccionar e utilizar toalhas ou tecidos suaves
- Não massage vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão – “Não utilize álcool para friccionar”
- Utilize emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele

- Mantenha a pele seca e limpa através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão

✓ **Áreas de risco**

A localização das úlceras (feridas) está associada às proeminências ósseas e à atitude postural (posição) do seu familiar. As áreas preferenciais para o seu aparecimento e que deve vigiar são:



Fonte: <http://guiabemcuidardoidoso.epbjc.pedome.net/category/prevecao-de-ulceras-pressao/>

✓ **Orientações para o alívio de pressão**

Existem alguns cuidados que o podem auxiliar na prevenção de úlceras de pressão e/ou no tratamento das mesmas:

- Manter a roupa da cama seca, esticada e sem rugas
- Utilizar sempre um lençol de resguardo para o apoiar a mobilizar o seu familiar
- Sempre que possível utilizar roupa de tecidos naturais
- Ter almofadas de várias dimensões para servir de suporte
- Evitar o estiramento (arrastar) e a fricção do seu familiar na cama quando lhe está a prestar cuidados
- Evitar deslizamentos na cadeira ou na cama
- Evitar o peso da roupa da cama diretamente no corpo (pés)

Fonte: cuidarcuidando.blogspot.com

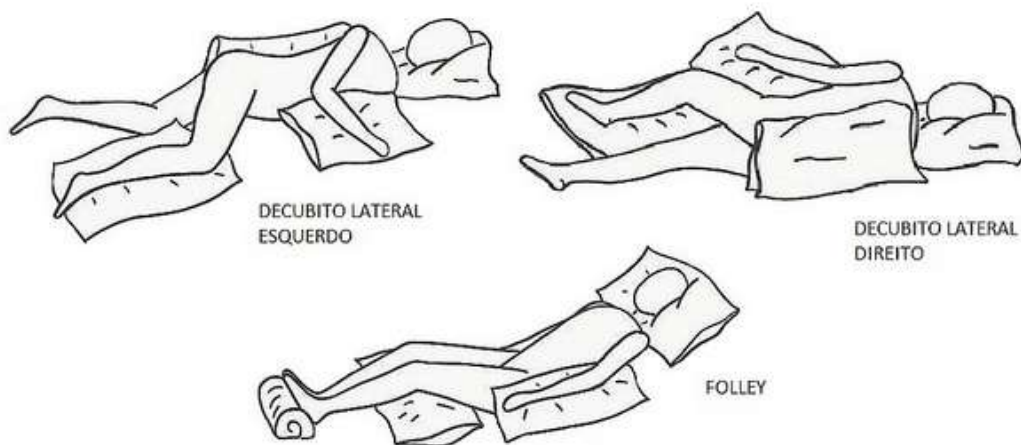


✓ Alternância de decúbitos

A mobilização e a alternância de decúbitos são fundamentais para a prevenção das úlceras de pressão.

Apesar de existirem produtos de apoio eficazes no alívio de pressão (colchões), estes não invalidam a alternância de decúbitos.

Tente, sempre que possível variar os posicionamentos, tendo em conta as necessidades do seu familiar, de acordo com as opções indicadas:



Fonte: dicasdeficientes.blogspot.com

A frequência de mudança de posição varia de acordo com as características do seu familiar. A vigilância da pele é fundamental para estabelecer o período máximo que o seu familiar pode permanecer na mesma posição.

Nota: Se tiver dúvidas, contacte-nos

6 – BREVES CONCEITOS DE MECÂNICA CORPORAL

A mecânica corporal pode ser definida como o esforço coordenado dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio adequado, postura e alinhamento postural, durante a inclinação, movimentação, levantamento de carga e execução das actividades diárias.

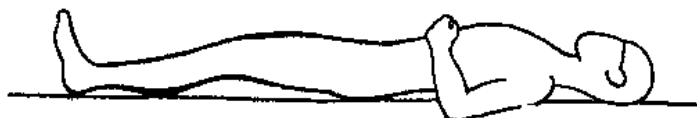
O movimento adequado do corpo reduz os riscos de provocar lesões no sistema músculo-esquelético, facilitando o movimento para que uma pessoa possa executar actividades físicas sem usar a sua energia muscular, reduzindo a fadiga e o número de complicações.

Princípios da mecânica corporal

- ✓ Manter uma postura correta
- ✓ Manter a estabilidade da coluna
- ✓ Utilizar os músculos de forma apropriada
- ✓ Facilitar a movimentação dos pesos
- ✓ Sempre que possível, empurre, puxe e role, em vez de erguer

Para facilitar a movimentação de pesos ou cargas tem que ter em conta alguns princípios:

1. Diminuir o efeito da gravidade
 - ✓ Baixar a cabeceira da cama quando movimenta o seu familiar nessa direção

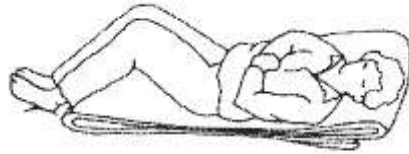


Fonte: [http://3.bp.blogspot.com/-](http://3.bp.blogspot.com/-uFvO1w5nGHc/TjHKcq_iuWI/AAAAAAAAAkg/SFunS4F3okE/s1600/decubito.gif)

[uFvO1w5nGHc/TjHKcq_iuWI/AAAAAAAAAkg/SFunS4F3okE/s1600/decubito.gif](http://3.bp.blogspot.com/-uFvO1w5nGHc/TjHKcq_iuWI/AAAAAAAAAkg/SFunS4F3okE/s1600/decubito.gif)

2. Diminuir o atrito

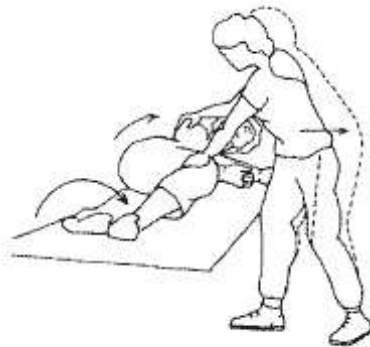
- ✓ Manter os lençóis esticados e secos
- ✓ Retirar todas as almofadas
- ✓ Pedir ao idoso para fletir os joelhos
- ✓ Utilizar superfícies de transferência ou de apoio



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006#f2

3. Contrabalançar o peso

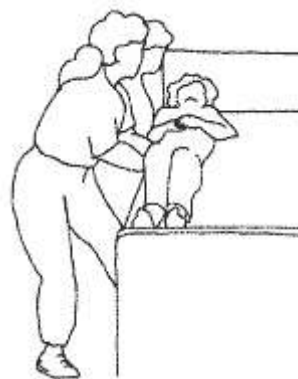
- ✓ A inclinação do nosso corpo para a frente ou para trás contrabalança o peso e aumenta a força aplicada ao movimento



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006#f2

4. Utilizar o sistema de alavancas

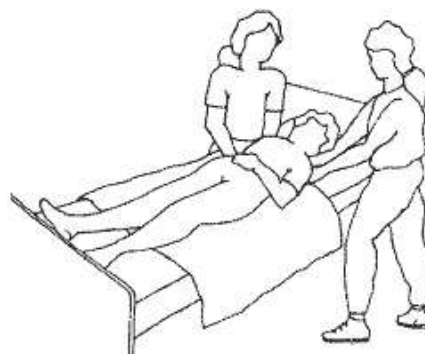
- ✓ Apoiar o cotovelo ou o joelho na cama aumenta o poder de levantamento
- ✓ Manter as costas direitas e fletir os joelhos
- ✓ Aproximar o corpo ao do seu familiar
- ✓ Manter os pés afastados



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006#f2

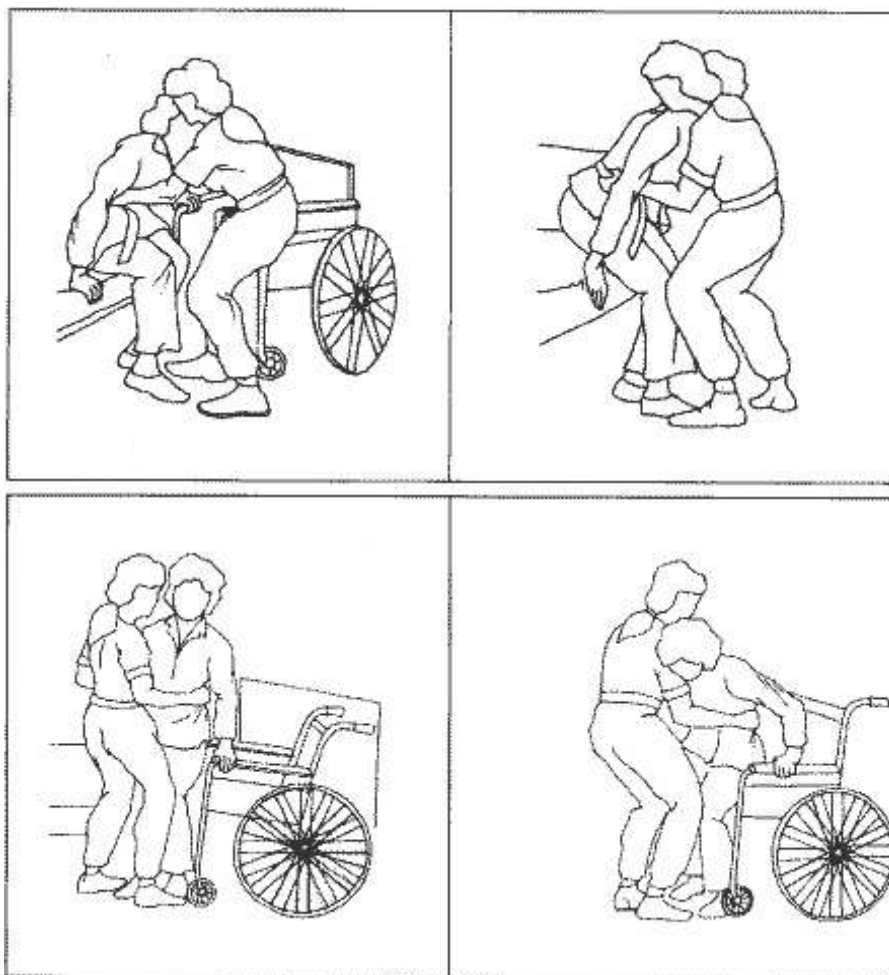
5. Providenciar ajudas técnicas ou produtos de apoio

- ✓ Pedir a colaboração do idoso
- ✓ Pedir ajuda
- ✓ Utilizar resguardo para movimentar o idoso



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006#f2

Exemplo de como realizar um levante para cadeira de rodas:



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006#f2

Nota: Se tiver dúvidas, contacte-nos

7 - BIBLIOGRAFIA

- ✓ Alexandre, N. M. C, & Rogante, M. M. (2000). Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34 (2), 165-173. Acedido a 5/10/2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200006&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342000000200006.
 - ✓ European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevenção de úlceras de pressão: guia de consulta rápido*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acedido em 6/10/2012. Disponível em http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf
 - ✓ Instituto Nacional para a reabilitação - Ajudas técnicas/produtos de apoio - norma internacional ISO 9999:2007. Acedido a 3/10/2012. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio>
 - ✓ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2011). Manual do Prestador: *Recomendações para a Melhoria Contínua. Unidade de missão para os cuidados continuados integrados*. Acedido a 2/10/ 2012. Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf
 - ✓ www.seg-social.pt
 - ✓ www.seg-social.pt
 - ✓ http://3.bp.blogspot.com/-uFvO1w5nGHc/TjHKcq_i1WI/AAAAAAAAAAkg/SFunS4F3okE/s1600/decubito.gif
 - ✓ <http://dicasdeficientes.blogspot.pt>
-

Apêndice X – Questionário de avaliação das sessões do FC e Grelha de observação

3º CURSO DE MESTRADO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Avaliação da sessão educativa

Título: Cuidar mais ... e melhor!

Das instituições abaixo mencionadas identifique com um X:

1) As que prestam serviço de apoio domiciliário:

- a) Vilsad
- b) Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros
- c) Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Paz
- d) CRIVA/Servivale

2) As que fornecem material de apoio por empréstimo, venda ou aluguer:

- a) Liga dos amigos do Hospital Barreiro
- b) Miminhos aos avós
- c) Vilsad
- d) CRIVA
- e) Santa Casa da Misericórdia Alhos Vedros

Identifique com um X:

3) Três produtos de apoio ao idoso dependente:

- a) Cama articulada
- b) Fraldas
- c) Calcanheiras
- d) Cremes hidratantes
- e) Cadeira de rodas

4) Dois tipos de apoios sociais aos idosos dependentes:

- a) Complemento por dependência
- b) Rendimento social de inserção
- c) Complemento solidário do idoso
- d) Reforma por invalidez

3ª CURSO DE MESTRADO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Grelha de Observação

Título: Cuidar mais ... e melhor!

1) Executa correctamente duas posições de biomecânica

Sim _____ Não _____

2) Executa correctamente dois posicionamentos

Sim _____ Não _____

3) Demonstra pelo menos 3 medidas específicas de cuidados directos ao idoso?

Sim _____ Não _____ Se não, quantas demonstra? _____

4) Quais as medidas que evidencia?

5) O Guia orientador facilitou a prestação de cuidados?

Sim _____ Não _____

Observações: _____

Data avaliação: _____

Enfermeiro: _____

Familiar Cuidador: _____

Apêndice XI – Comprovativo do contacto efetuado com a Rede social da Moita

**Apêndice XII – Comprovativo do contacto efetuado com o Centro Hospitalar
Barreiro/Montijo**

Apêndice XIII – Dossier dos contactos dos Parceiros



Contactos dos Parceiros na comunidade

BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS - LÓGICA

❖ **D. Ana Quental** - Responsável

Endereço: R. 5 de Outubro – Lar D. Pedro – A. Vedros

Contactos:

Telefone – 212099740

CANTINHO DOS AVÓS

❖ **D. Justina Campos** – Responsável

Endereço: R. José Afonso nº 32 - Moita

Contactos:

Telefone – 936757067 ou 933046667

E-mail – cantinho.dos.avos.sad@gmail.com

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE SÃO LOURENÇO

❖ **D. São** – Responsável pelo Jardim infância

Endereço: Largo da igreja – Alhos Vedros

Contactos:

Telefone – 212043425

CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DA PAZ - SAD

❖ **Dra. Rute Ramos** - Responsável

Endereço: R. Fernando Pessoa, bloco Q, nº 10 R/c - QFP

Contactos:

Telefone – 212892676

CLDS - Moita

❖ **Dra. Graça Vida** – Assistente Social

Endereço: R. Afonso de Albuquerque – A. Vedros

Contactos:

Telefone: 212027008 TLM:927897904

E-mail – clds.moita@gmail.com ou -
graca.tomas.vida@gmail.com

CRIVA/SERVIVALE

❖ **Dra. Rita Ricardo** – Assistente social

Endereço: Largo das Dálias bloco 52-54 – V. Amoreira

Contactos:

Telefone – 212039198 ou 936992957 Fax: 212039113

E-mail – criva.coordenacao.idosos@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA RAFAELA MARIA

❖ **Irmã Rita** – Responsável

Endereço: R. Almeida Garrett - QFP

Contactos:

Telefone – 212897217

GABINETE DO CIDADÃO

❖ **Dra. Josefina Farinha** – Responsável

Endereço: USF Lavradio

Contactos:

Telefone – 212170891

E-mail – arcoribeirinho.gc@arslvt.min-saude.pt

JORNAL DA REGIÃO

❖ **Helena Correia** – Jornalista

Endereço: Setubal

Contactos:

Telefone – 934420375

E-mail – helena.correia@hotmail.com

JUNTA DE FREGUESIA A. VEDROS

❖ **Dra. Fernanda Gaspar** - Presidente

Endereço: Largo da Graça – Alhos Vedros

Contactos:

Telefone – 212040256 TLM: 917492149

E-mail – jfav@net.vodafone.pt

LAR D. PEDRO – ALHOS VEDROS

❖ **Dra. Patrícia Xavier** – Assistente Social

Endereço: R. 5 de Outubro

Contactos:

Telefone – 212099755 Fax: 212099756

E-mail – scmavo4@sapo.pt

LIGA DOS AMIGOS HOSPITAL BARREIRO

❖ **Maria Leonor Castro** – Vice-presidente

Endereço: Avenida das forças armadas - CHBM

Contactos:

Telefone – 212147300

E-mail – direccao@lahdbarreiro.pt

MIMINHOS AOS AVÓS - MONTIJO

❖ **D. Rute** – Responsável

Endereço: Av. Luis de Camões, nº 8 - Montijo

Contactos:

Telefone/Fax – 212322036 TLM: 918700250

E-mail – miminhosaosavos@gmail.com

REDE SOCIAL DA MOITA

❖ **Dra. Marta Matos** - Câmara da Moita

Endereço: Praça da República – Moita

Contactos:

Telefone – 212806700

E-mail – rede.social@mail.cm-moita.pt

RENDIMENTO SOCIAL INSERÇÃO

❖ **Dra. Fátima Capelo** – Segurança Social

Endereço

Contactos:

Telefone – 212067135

E-mail –

UCC “SAÚDE Á BEIRA TEJO”

❖ **Ana Maronel** – Responsável

Endereço: centro saúde moita

Contactos:

Telefone – 212806480

E-mail – ucc.sbeiratejo.coord@arslvt.min-saude.pt

UCC “SAÚDE NA RUA”

❖ **Mafalda Rosa** – Responsável

Endereço: R. João villaret nº 28-35 – Vale Amoreira

Contactos:

Telefone – 212029040

E-mail – ucc.sauderua@arslvt.min-saude.pt

VILSAD – AJUDAS TÉCNICAS

❖ **Sr. João Damas** - Responsável

Endereço: R. Miguel Bombarda, 173 - Barreiro

Contactos:

Telemóvel – 961321087

Telefone – 211823412

E-mail – vil.sad@hotmail.com



Apêndice XIV – Cartaz informativo da Linha telefónica e Cartão do FC

Cartão do Familiar Cuidador




- ❖ **Responsável:** Enf.^a Deolinda Caxaria
- ❖ **Telefone:** 212029470 Fax: 212029471
- ❖ **Correio eletrónico:** av_tratamentos@csmoita.min-saude.pt
- ❖ **Horário de atendimento ao familiar cuidador:**
Segunda a sexta-feira das 09:00 às 16:30 h


Cartaz informativo da Linha telefónica



U.C.S.P. ALHOS VEDROS


“ Cuidar de um familiar idoso dependente é uma tarefa nobre e árdua ”

Tem dúvidas? 

 ***Precisa de ajuda?***

Sabe quem o pode apoiar?

Contacte-nos!

 **212029470**

e-mail: av_tratamentos@csmoita.min-saude.pt
Enfª Responsável: Deolinda Caxaria

Apêndice XV – Modelo de registo de contactos telefónicos

**Apêndice XVI – Questionário de avaliação formativa e certificado de presença da Sessão
“Equipamento de alívio de pressão e ajudas técnicas”**

Questionário da sessão “Equipamento alívio de pressão e ajudas técnicas”

3ª CURSO DE MESTRADO ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Avaliação da sessão educação para a saúde

Título: Equipamento alívio de pressão e ajudas técnicas

Assinale com um X as opções que considera corretas:

1) Pode ser utilizado para avaliar o risco de úlcera de pressão:

- a) Escala de Norton
- b) Escala de Lawton
- c) Índice de Barthel
- d) Escala de Braden

2) Enumere 3 tipos de produtos de apoio idoso dependente e/ou familiar cuidador

3) Identifique 3 equipamentos para alívio de pressão para prevenção de úlceras de pressão da pessoa idosa dependente

Certificado presença sessão

Apêndice XVII – Cronograma de atividades

Apêndice XVIII - Frases valorativas do FC

Frases Valorativas do FC

Unidade de registo	FRASES VALORATIVAS DO FAMILIAR CUIDADOR
F1	Estas folhinhas foram uma grande ajuda ... não sabia tanta coisa....
F2	Não sabia que este lençol podia ser tão útil!
F3	Se eu tivesse conhecimento já podia ter tratado do subsídio há mais tempo, mas nunca me tinham dito nada.
F4	Toda a gente me manda para aqui, ou para ali! Se não fossem vocês, não sabia onde ir... Obrigado...
F5	Ainda bem que vocês cá vieram, aprendi muito!
F6	Nunca tive tanta atenção....
F7	Não deixa de ser difícil, mas parece-me que com estes cuidados se torna mais fácil!
F8	Acho que estas informações são muito úteis.
F9	Assim desta maneira é muito mais fácil! Já não me dói tanto as costas.
F10	Está aqui tudo ... agora só preciso de lá ir...
F11	Agora sim, já me atendem o telefone!
F12	A enfermeira ainda não chegou? Não esperava que me atendessem tão depressa!
F13	Não tinha reparado que o peso dos cobertores lhe podia fazer feridas...
F14	Muito obrigado por tudo!
F15	... sei que devo sair, nem que sejam só 5 minutos para estar sentada no café
F16	A minha vizinha já cá vem a casa conversar, não vem ajudar
F17	Tenho que pedir mais vezes aos meus filhos para me levar à cabeleireira, eu é que não o queria incomodar.